

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique

18

DOSSIER

Quels savoirs pour soigner ?

S O M M A I R E

Éditorial 3

Dossier
Quels savoirs pour soigner ? 5

LES GISEMENTS DU SAVOIR

Visages 6 Catherine Jung, Anne-Marie Pabois,
Elisabeth Maurel-Arrighi

La plénitude des savoirs 7 Anne-Marie Pabois

L'incertitude et l'Evidence-Based-Medicine 12 Sophie Taïeb

Mon petit baobab 15 Patrice Muller

Transmission d'un savoir-faire par la littérature 17 Gérard Danou

La réalité du terrain 19 Michel Meuret

Soigner chez les Papous 24 Philippe Rospabé

ENTRE POUVOIR ET PARTAGE

Visages 29 Elisabeth Maurel-Arrighi, Martine Devries,
Catherine Jung

La sourde inquiétude du savoir 30 Catherine Jung

Petite digression parabolique 32 Anne Perraut Soliveres

Apprendre la patience 34 Anna Fereol

L'exode des savoirs 36 Françoise Lagabriele

Des richesses qui s'échangent 37 Arielle Pain

Dangers du non-partage 38 Fabienne Messiaen Pagotto

La dette ou le prix de nos études 39 Catherine Jung

Tradition et rupture 40 Christiane Voltaire

LA DYNAMIQUE DU SAVOIR

Visages 44 Monique Fontaine, Catherine Jung, Françoise Ducos

Le silence du savoir 45 Françoise Lagabriele

Un savoir qui prend corps 46 Elisabeth Maurel-Arrighi

Intime conviction 48 Sylvie Lagabriele

Vive le dissensus constructif ! 49 Claire Gekiere

Intervision : partage de savoirs, partage du doute 50 Martine Devries

Du devoir d'information au besoin de croire 51 Eric Galam

Information = Pouvoir 55 Act Up

Rubriques

Images du corps : Cela ne mourra pas 58 Monique Sicard

Actualité politico-médicale : Un emplâtre sur une jambe de bois 61 Christian Bonnaud

La visite à 30 €. Ce qui est bon pour les médecins 62 Marie Kayser

La négociation 63 Philippe Lorrain

Coup de gueule : Les 20 € qui cachent la forêt 65 Denis Labayle

Chronique du GEL : La fabrique des enfants 67 Laurent Dianoux

Les émotions dans le soin : Travail du lien 72 Marie-Jeanne Martin

Raconte voir : Transgressions 75 Marc Zaffran, Martin Winckler

Ailleurs, autres regards : Faut-il avoir souffert pour être poète ? 78 Dominique Casajus

Histoire de la médecine : Déontologie médicale et citoyenneté 83 Jacques Richaud

Nous avons lu pour vous 89

Courrier des lecteurs 91

E D I T O

Psychopathologie des dernières élections

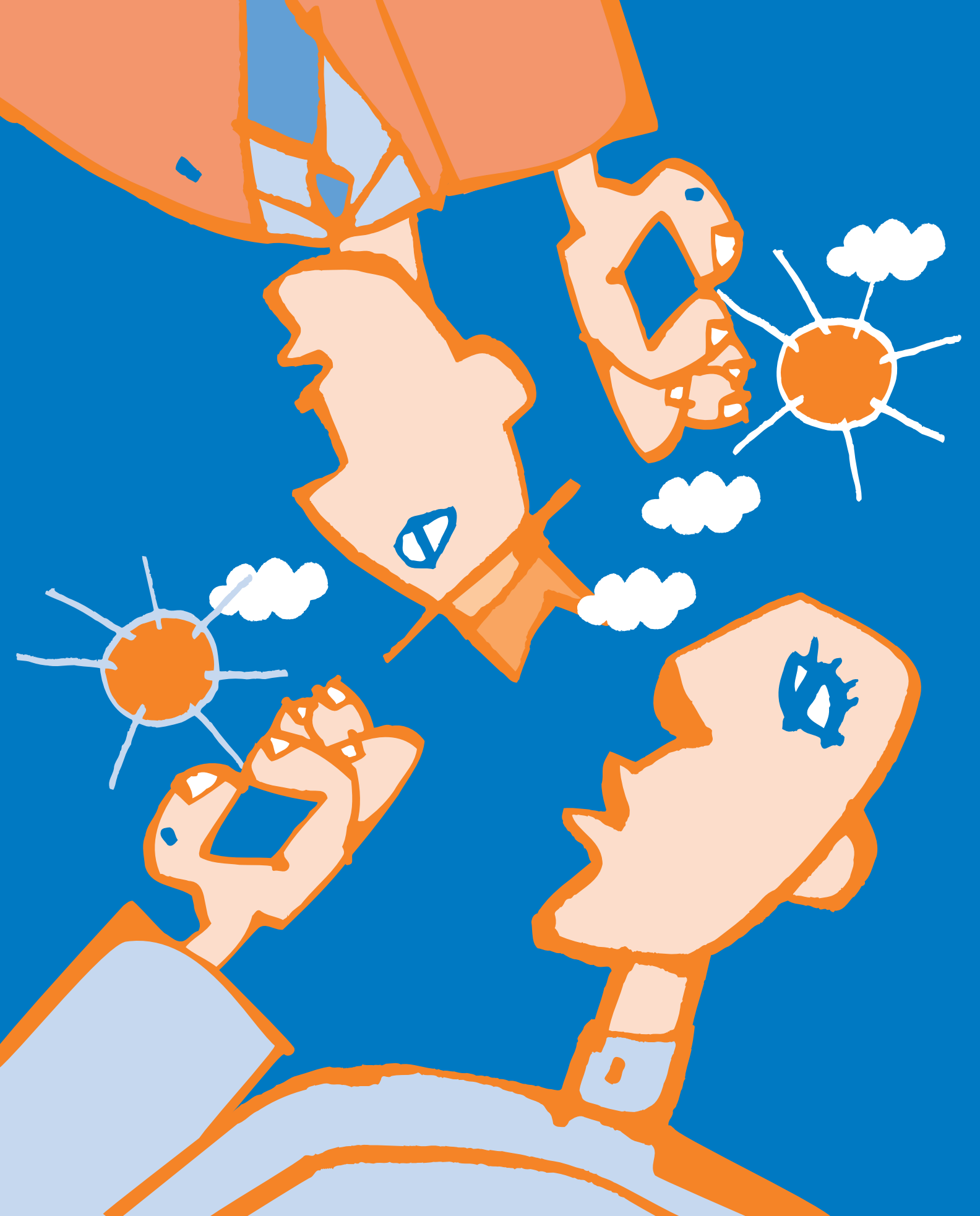
Le scénario redouté dans notre dernier numéro s'est malheureusement réalisé. L'échec est sévère pour nous qui voulions faire de l'avenir de notre système de soins et des questions liées à la santé un enjeu politique important. Ce fut le néant de la discussion en la matière. Beaucoup plus inquiétant est que ce néant du débat politique s'est généralisé à l'ensemble des questions liées à l'intérêt général. Le cercle du débat politique s'est rétréci (nombre record d'abstentionnistes) et appauvri dans son contenu. Nous avons eu droit à une campagne politique placée sous le sceau des émotions véhiculées et amplifiées par les médias, ce dont se sont servis en retour les partis politiques qui ont conquis le pouvoir. Il s'est agi de cultiver, d'exacerber ce climat d'émotions négatives composées d'un mélange de souffrances présentes, d'inquiétudes pour l'avenir, de solitude face aux difficultés de la vie de tous les jours avec la perte de nombreuses valeurs de solidarité (familiales, sociales, professionnelles ou syndicales). Et dans ces situations de détresse, selon des schémas psychologiques immémoriaux, on cherche le Coupable, c'est-à-dire l'Autre, le voisin de pallier pour peu qu'il ait la peau un peu foncée ou le jeune du coin qui fait peur parce qu'il est jeune. A ce petit jeu, l'extrême-droite a été la plus forte et la plus habile, car son discours qui transpire de « la haine de l'Autre » est apaisant psycho-sociologiquement⁽¹⁾. On est en colère et comme cette colère n'est ni analysée ni prise en compte dans une rationalité politique, on se venge de son malheur et de son mal-être contre la classe politique en n'allant pas voter ou bien en votant Le Pen, père fouettard qui lui, le tortionnaire patenté, apparaît au moins compétent pour assouvir ce besoin de vengeance contre « le mauvais sort ». Heureusement, du fait du réflexe républicain, le diable est rentré dans sa boîte, mais pour combien de temps, car tous les ingrédients sont encore là pour qu'il rejaillisse à la moindre occasion.

Il faut mettre en avant la question de l'intérêt général en médecine comme ailleurs, celui qui transcende en le dépassant chacun de nos intérêts particuliers, de sorte que les institutions qui ont en charge les principales missions d'ordre public puissent s'améliorer dans le sens du mieux pour l'ensemble de la population. Le corollaire est le nécessaire examen de conscience pour nous tous qui croyons à l'utilité du combat collectif. Cela suppose de nouvelles façons d'articuler le faire, le dire et nos manières d'être au politique. Un rude défi qui met en questions nos propres modes de fonctionnement en tant que syndicats, partis politiques ou autres associations.

C'est à ce prix que notre démocratie représentative, qui sort très affaiblie de ces dernières élections, s'en trouvera ragaillardie.

Patrice Muller
médecin généraliste

1. Cf. les travaux de René Girard sur la fonction sociologique et symbolique du bouc émissaire.



D O S S I E R

Quels savoirs pour soigner ?

Soignants et soignés, nous sommes nombreux à avoir souffert de la façon dont la médecine a réduit le savoir à des connaissances « objectives ». Pour nous, la santé et la maladie ne sont pas qu'une affaire de médecine et cela légitime les autres savoirs.

Pour soigner, le savoir doit être pluriel et partagé : pluriel, il inclut à la fois l'indispensable savoir médical scientifique et technique, mais aussi notre culture sociopolitique, notre histoire, nos propres expériences humaines, mais encore et surtout le savoir du malade expert de sa maladie. Partagé, le savoir se nourrit de la confrontation entre les soignants et les soignés. Longtemps objet de pouvoir justifiant arbitrairement la position d'extériorité des soignants, le savoir, au contraire, permet le soin par la mise en œuvre du partage. Pour nous, le savoir se situe sur la crête étroite entre proximité empathique et nécessaire mise à distance.

La médecine s'est réfugiée dans un savoir théorique figé dans ses certitudes au détriment de la réalité pratique du vivant. Tout le monde en pâtit : les soignants, pris dans la hantise de ne pas en savoir assez et ne se donnant pas le droit de travailler dans l'incertitude qui est inhérente à la médecine. Les soignés, démunis et souffrant d'être incompris quand leur pathologie ne correspond pas au modèle standard.

Le savoir est également source d'émotions : la tristesse d'annoncer un diagnostic grave à un malade qu'on connaît bien, le plaisir de comprendre et de trouver, l'enrichissement de la rencontre avec l'autre.

Aujourd'hui, savoirs et soins devraient se recentrer sur le malade en utilisant les ressources de toutes les personnes concernées. De cette conception des savoirs au service du malade émergent de nouvelles pratiques, celles de réseaux pluridisciplinaires de professionnels ou celles de certaines associations de malades faisant œuvre militante. La problématique de la transmission et du partage du savoir en médecine aboutit à la question du sens et du lien : un savoir pour qui et par qui ? Pour quel soin et pour quelle société ?

Anne-Marie Paboïs

Visages

Quand savoir professionnel et savoir profane se croisent

Catherine Jung - *Médecin généraliste.*

Un interprète est appelé en PMI, pour traduire des conseils de puériculture à une maman turque qui a déjà élevé 5 enfants. La puéricultrice explique avec patience et conviction à la mère comment préparer les biberons, les bouillies, comment diversifier l'alimentation... La puéricultrice, très professionnelle, explique ce qu'elle a elle-même appris. Elle est convaincue de l'exactitude de son savoir, elle est aussi certaine que ce qu'elle explique est la seule manière de faire. Un moment plus tard, la mère dit à l'interprète : « Laisse la parler, mais ne te fatigue pas à traduire, je sais nourrir mon enfant, j'en ai déjà élevé cinq. » Sa réflexion est à la fois une marque de respect pour le travail de la puéricultrice, elle ne va pas l'empêcher de faire son travail, et dans le même temps, elle démontre la confiance qu'elle a su garder dans la valeur du savoir transmis par des générations de femmes.

Formatage

Anne-Marie Paboïs - *Médecin généraliste.*

Leçon n° 1 : un malade n'est pas un malade, c'est un organe malade. Savez-vous comment on palpe un foie ? Le professeur donne la technique devant le tableau noir. Palper un tableau noir ! Ensuite, démonstration « sur le vif ». Le professeur nous invite à venir à tour de rôle palper « ce foie de cirrhose alcoolique ». Et nous avons palpé, certains longuement sans scrupules, d'autres légèrement, furtivement, rapidement et en s'excusant tout doucement. Et pourtant, ce n'était pas un mannequin, c'était un malade « réel » ! C'était une des premières leçons de la série formatage

« anatomo-clinique » années 70 : nous enseigner qu'un malade n'est qu'un organe isolé, un foie dans le service du digestif, un genou dans le service de rhumato, une rate dans le service d'héματο, une sélection d'organes selon la spécialité du service hospitalier, un organe sans tête, sans nom, sans pensées, sans passé, sans présent, sans avenir, sans souffrances, sans lien avec l'humaine condition, un mannequin en quelque sorte...

Rendre service

Elisabeth Maurel-Arrighi - *Médecin généraliste.*

La veille, justement, on en avait parlé lors de la réunion de mon groupe de formation continue : quoi faire dans tel souci de calcium et d'anomalie du filtre rénal ? Pour Valérie, ce jour-là, avec ses antécédents de problèmes de tension, c'était très précieux que j'ai eu le courage à ressortir le soir à point d'heure après ma longue journée de consultations, pour discuter travail avec mes collègues. A chaque fois que j'apprends quelque chose d'utile qui va rendre un service immédiat à un patient, ça me met de bonne humeur. Et mes patients aussi, car je leur raconte.

En même temps, nous avons, eux et moi, un peu de recul quant aux nouveautés. Pour Valérie par exemple, nous savons bien que sa santé se joue aussi et d'abord dans ses conditions de travail, et ses difficultés à se défendre face à une pression énorme. Là, ce sont une discussion politique avec un syndicaliste, la lecture d'un ouvrage psychanalytique sur la façon où certains enfants sont obligés de supporter l'injustice et la violence qui vont m'aider à l'aider. Car le savoir des généralistes qui aiment leur métier, c'est, je crois, de savoir parler à la fois science et sagesse, connaissances techniques et expérience humaine.

La plénitude des savoirs

Il fut un jour où je pus déposer quelques lourds bagages sur le bord de la route

M'advint alors, par la grâce insoupçonnée des années cumulées, une légèreté bénéfique

Et je vis enfin ce savoir délectable au parfum subtil de flou et d'incertain :

j'admis qu'il était mien...

Pourtant, il m'est souvent détestable, ce savoir délectable : il s'inscrit dans une réalité, celle de celui qui, en face de moi, attend mon diagnostic. Je ne suis pas messager de mort, mais je suis celle qui doit lui rappeler l'évidence : naître, c'est mourir un jour.

A l'hôpital, ce temple et gardien du « Savoir », la plupart des médecins vivent dans une extériorité sécurisante : il s'agit, pour eux, de poser un beau diagnostic, sans prendre acte des enjeux vitaux pour la personne.

Pour nous, médecins généralistes, l'approche est fondamentalement différente : nous vivons dans une relation de proximité et d'empathie avec ceux que nous soignons. Nous ne sommes pas dans la connaissance pure, objet de jouissance personnelle : notre savoir, lui, s'incarne dans la réalité de l'humain.

La pratique de tous les jours

Analyser ma pratique, c'est ce que, femme médecin généraliste en zone rurale, j'ai essayé de faire : chercher ces savoirs qui se cachent derrière un savoir-faire, débusquer cette science méconnue, niée ou inconsciente, assise solide sur laquelle se déposent, en strates variées, les apports nés d'horizons divers.

Au début de cette quête, voici l'expertise donnée par ma patientèle : « La médecine qui nous convient est celle qui allie un savoir de technique médicale : dire ce qui nous rend malade et comment faire pour se soigner - et un savoir-communiquer : par une écoute attentive et le concours du temps, nous permettre de faire le lien entre la maladie et ce que nous sommes, entre notre environnement et notre santé. Deux savoirs entremêlés chez le médecin généraliste : savoir dire la maladie et savoir être, finalement, pleinement humaine ».

Cette alliance des savoirs fait la richesse de notre métier : un médecin, ce n'est pas le détenteur du « Savoir » purement désincarné que l'on va consulter comme un oracle tout puissant, mais une portion d'humanité avec un savoir médical certain. D'une part, un savoir reposant sur des bases scientifiques biotechniques, savoir fragile cependant, car incertain comme toute science ; d'autre part, un savoir sensible et intuitif, un savoir sachant à la fois manifester ses émotions - pleurer avec les malades malmenés - et dans le même temps leur donner les clefs pour s'en sortir.

Ce qui permet à nos consultants de reconstituer leur unité rompue par la maladie, c'est cette dynamique du savoir : le savoir n'est pas figé dans une certitude hiérarchisée, il n'est pas kidnappé, il circule dans les deux sens, du patient au médecin et vice-versa.

Les processus de la dynamique du « colloque singulier »

Tout en allant chercher un malade dans la salle d'attente, je me prépare, me nettoie de toute pen-

Anne-Marie Paboïs

Médecin généraliste



sée parasite et, ainsi qu'une page ouverte, je me mets en état d'alerte maximum avec l'aide de mes cinq sens vigilants : je peux ainsi observer un aspect anormal, une démarche questionnante, une poignée de main hésitante, une certaine façon d'être assis ou de s'asseoir, une manière de se taire ou de parler, et, écoutant les paroles prononcées, les décrypter rapidement. Je recueille les émotions provoquées en moi par la rencontre, les additionne aux perceptions... En quelques secondes, je peux, sauf parasitages, déjà soupçonner une situation à risque aigu qu'il faut solutionner rapidement.

Voir et entendre cet homme ont déclenché toute une stratégie de recherche analogique : quels souvenirs, réminiscences, sensations, impressions semblables ai-je déjà rencontré auparavant ? Quelles intuitions me font aboutir à quelles conclusions ? C'est par l'œil et l'oreille que se met en route toute cette démarche analogique. Et cette quête, si je fais confiance à cette partie floue de mon savoir, me permettra de traduire au mieux le langage oral de la consultation en langage écrit dans un dossier. La finalité de ce dédale : arriver à faire accéder le mot, souffle murmuré, au mot écrit, celui de la base de données de la sémiologie médicale.

La base de ma formation médicale : la sémiologie.

La sémiologie médicale, somme des signes de maladies, c'est un savoir que j'ai adoré m'appro-

prier à la fac de médecine, l'outil roi du médecin généraliste. Il est la somme des observations minutieuses de malades consignées par des médecins très grands observateurs cliniciens des siècles passés. C'est un savoir fondamental à mon avis, un outil qu'il faut avoir appris parfaitement dès le début des études afin d'acquérir cette mémoire de rappel ultra-rapide. Outil très fiable, il nous donne les « tiroirs » à ouvrir pour arriver à analyser les signes recueillis lors de la consultation : c'est alors une approche logique, progressant de chaînons en chaînons, reliant autant de casiers qu'il y a de classifications en médecine, raisonnement propre aux sciences expérimentales. Cet outil peut être cependant mis en défaut du fait des capacités d'observation du médecin ou de la difficulté de communication.

Il doit être dépoussiéré par le retour aux textes originaux et enrichi des textes actuels que sont les travaux de Sociétés savantes en médecine générale, à partir des pratiques professionnelles. J'aime beaucoup le perfectionner régulièrement à la fois par l'observation des malades, par ce qu'ils m'apprennent, par la lecture de revues médicales choisies, des livres divers et tout ce qui est source d'enrichissement personnel : tout nourrit ma pratique médicale.

Je fais entrer mon malade dans mon cabinet de consultation et vérifie donc s'il y a une éventuelle situation pathologique aiguë à résoudre rapidement.

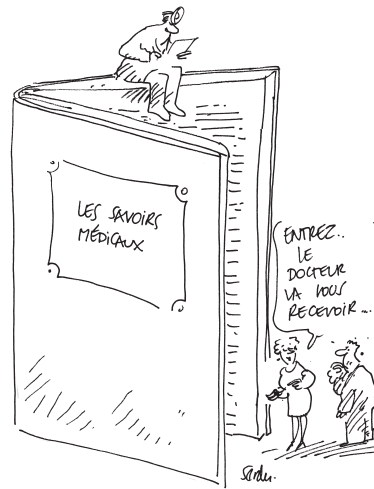
Ensuite, je prends le temps de m'asseoir avant de choisir la question semblant appropriée à la personne et au moment actuel de son histoire : « qu'est ce qui vous arrive » ou bien « où en êtes-vous » et se déroule alors l'écoute attentive autant qu'il se peut, avec la hantise de la longue liste écrite, la mise en alerte par une chose non encore identifiée, le dialogue nécessitant de « parler dans la langue » du patient, de vérifier le sens qu'il donne à ses mots puis à mes mots... Enfin, l'examen du corps pour chercher ce que l'on ne pré-



juge pas savoir et pour confirmer ce qui est déjà subodoré : le déshabillage est parfois une demande héroïque, car pouvant prendre beaucoup de temps, jusqu'à 15 mn montre en main ! Puis, enfin, la lecture du dossier pour voir les antécédents oubliés, les décisions finales avec explications données sur les certitudes ou incertitudes de fin de consultation, les vérifications ultimes de la compréhension, la mise en route des décisions avec les conditions de faisabilité ou non, les lettres et communications téléphoniques aux confrères. tout un travail de relations humaines dans un environnement local donné.

La formation à l'écoute.

Savoir écouter, c'est une technique, un apprentissage, et différents modèles sont possibles. Une formation que je me suis donnée moi-même, m'est utile quotidiennement : la formation à « l'écoute active ». Ce savoir-là, nous nous le sommes appropriés, durant toute une année, sous la houlette d'un psychologue de « L'école des parents ». Nous étions une dizaine de parents à avoir décidé de faire un groupe d'apprentissage de cette technique en vue d'améliorer nos relations difficiles avec nos enfants. Nous avons ainsi expérimenté, puis mis en application, cette méthode de communication basée sur savoir décrypter les messages émis par l'interlocuteur, savoir dire « je » et savoir négocier : tout un programme qui est toujours pratiquement utilisable. D'autres sources de formation trouvées dans mon secteur m'apportent la richesse du partage sans masques comme dans un groupe de parole dont je suis membre qui associe des soignants d'horizons divers comme infirmières et aides à domicile, expérience recherchée depuis longtemps et très bénéfique pour une soignante isolée comme moi. Des rencontres formelles, comme des groupes de formation continue - groupes de pairs ou de praticiens autour d'un thème (difficile de travailler sans se juger, entre médecins) ; des rencontres informelles où nous échangeons informations, conseils, adresses de correspondants auprès d'ami(es) formant un vaste réseau au sein



duquel nous avons toute liberté de faire état de nos faiblesses ou défaillances de savoir.

Le pire et le meilleur de ma formation initiale pratique.

Parmi les savoirs mis en jeu dans la consultation, hormis les rappels de sémiologie médicale toujours activés, qu'est-ce qui provient de ma formation initiale pratique ? Celle-ci ne m'a évidemment pas apporté que le meilleur...

Le pire, je l'ai connu lors d'une « initiation hospitalière » dans les années 70.

« Étudiante » en 3^e année de médecine, je suis « responsable de dix lits d'hôpital » et donc de Mme F., une frêle et diaphane jeune femme de 20 ans, d'une pâleur d'autant plus frappante qu'elle a perdu toute sa pilosité ; épuisée, elle reste allongée toute la journée et pleure de ne pas voir ses deux pitchouns. Le matin, je passe longuement la voir, lui parler, la consoler. Trois jours passent et, un matin, dès mon arrivée à l'hôpital, le dragon du service m'accueille d'un : « Ce matin vous ne restez pas dans le service. Le patron veut que vous preniez le dossier de Mme F et alliez voir son autopsie : vous lui direz pourquoi elle est morte ?? !!! » Et j'ai dû y aller, et j'ai dû voir... tout et... elle avait mon âge.

Je ne peux rien dire de plus : le reste est indicible.



Sauf que, alors, j'ai décidé que je ne serai jamais un médecin hospitalier. Jamais.

Le patron disait : « Pour être médecin, il faut apprendre à éliminer toute « sensiblerie », il faut se barder, il faut se tenir à distance, il ne faut pas « se familiariser avec les gens ».

Des années après, en lisant « *Les désarrois de l'élève Toerless* », j'ai compris ce que signifiait ce « rite d'apprentissage médical » : les tortures perverses infligées à cet élève annonçaient, pour Musil, la montée des forces obscures du mal, le nazisme. Pour moi, le Mal était bien là.

Heureusement, j'avais eu droit au meilleur savoir-communiquer, celui des manipulatrices radio, un regard différent où la bienveillance dépassait la froide technique.

Avant de faire médecine, j'avais suivi la formation de manipulatrice radio et, là, lors des stages, m'avaient été prodigués des accompagnements d'une haute qualité humaine. Mes formatrices, tout en m'apprenant la technique radio « sur table », me disaient la pudeur des hommes et des femmes, comment faire pour ne pas les regarder tout en les regardant, comment et où mettre un cache pour leur/nous éviter toute gêne ; elles se préoccupaient même de rendre meilleur les breuvages infâmes qu'on leur administrait en rajoutant chocolat ou cassis ! Elles me sensibilisèrent à la blessure supplémentaire infligée aux femmes venant subir une radiothérapie pour cancer du sein, celle d'être tatouées à l'encre de chine indélébile : elles réduisaient le plus possible ces points bleus indiquant les champs à irradier, marques de souffrances tatouées dans la chair de ces déportées du cancer. Très bonnes enseignantes, elles savaient écouter et susciter mes questions, elles m'aidaient à faire le deuil de toutes ces malades accompagnées si longtemps.

Il est un constituant essentiel de ma pratique de médecin, ce savoir en sciences humaines transmis par mes tutrices, savoir fait d'attentions délicates, de respect du corps, d'écoute patiente ainsi que du difficile travail d'intermédiaire entre médecins prescripteurs et malades... Quel contraste avec l'indigence, voire l'indifférence, de certains spé-

cialistes hospitaliers, sûrs du pouvoir conféré par leur savoir et pourtant censés m'initier à ma future pratique de médecin ! Quelques-uns seulement ont été à la hauteur de mes enseignantes initiales : ceux pour qui l'interlocuteur a, lui aussi, un savoir.

Comment alimenter et renouveler mon stock de savoir ?

En matière de savoir, tout est dynamique, changeant, incertain. Si certains prétendent que le savoir médical a une durée de vie réduite, car entièrement renouvelé en 20 ans, ils ne parlent en fait que de la partie proprement technique et pharmacologique du savoir médical. Il est composite par ses sources : de multiples facettes du savoir s'entrecroisent, se décroisent, se stratifient, s'étiolent, se ratatinent, s'enkystent sans s'éliminer, prêtes à bondir sur simple appel, rappelées à la rescousse selon les besoins du protagoniste-roi-déclencheur initiateur et demandeur, le consultant patient impatient. En fin de compte, le médecin généraliste, du fait de son approche globale et synthétique d'un homme réel, bien vivant par la qualité de ses liens, d'un homme assis entre passé et avenir et inséré dans l'univers, et non d'une somme d'organes inertes définis par leurs seules fonctions et sans relation avec l'extérieur, a besoin de renouveler son savoir dans des domaines très étendus, science expérimentale et sciences de la communication.

Le savoir scientifique bio médical et ses connaissances techniques validées sont certes la base indispensable de l'activité soignante. Il est donc indispensable de pouvoir choisir des revues médicales de qualité, notamment la revue *Prescrire*. Comme je choisis de préférence les formations indépendantes de l'industrie pharmaceutique, je refuse de recevoir des visiteurs médicaux dont le métier n'est pas d'apporter des informations fiables, mais un discours de marketing.

D'autres moyens de formation collectifs sont difficiles à mettre en œuvre, principalement par manque de temps : le temps du curatif déborde de plus en plus sur le temps pour la formation et



c'est intolérable. Mais un autre critère de choix me rend exigeante sur les moyens de formation : un savoir appropriable, pour moi, c'est un savoir sans prise de pouvoir, un savoir sans mépris, un savoir utilisable et utilisé en vue de soigner des êtres humains comme moi.

En outre, l'analyse de la pratique met à jour la mobilisation de savoirs complémentaires indispensables autant que variés. Et si je n'arrive pas à pouvoir m'accorder du temps pour faire ce que j'aime, je ne serai pas disponible pour soigner : il faut savoir se re-remplir de soi dans ce dur métier qui peut vous vider de vous-même et du plaisir de rencontrer, écouter, chercher à comprendre, soigner. Mon savoir-faire est donc constitué par des moyens « illégaux », extra-médicaux, « non labellisés » : pouvoir ne rien faire, réfléchir à ce qui fait ma vie présente, faire du jardin, aller au cinéma, lire, lire, lire, surtout de la philosophie, et, par-dessus tout, ce qui me permet de respirer : la poésie.

Dans cette cuisine subtile du savoir, tous les ingrédients sont à portée de main et le professionnel peut en faire un infâme brouet ou un met

délicat, tout dépend du « coup de main », symbole de la nécessaire incorporation des connaissances par chaque individu : de cette incarnation naîtra le savoir mis au service du soin.

Revenus du pays de l'autre côté du miroir, nous voilà plus riches de cette mise à nu partielle, mais étonnés que, faire cette recherche mette à jour... l'obscurité : les non-savoirs, les zones d'ombres font partie intégrante des déterminants intervenant dans ma prise de décision finale. La grande mobilité, mouvance, variance des origines de mes choix, les « impondérables » - au sens propre de « non mesurables » par les moyens actuels de la science - liés en partie aux aléas de la communication entre deux êtres particuliers, mais aussi l'importance du temps nécessaire à toutes les étapes de la consultation, pour la formation du médecin, et pour qu'il puisse vivre heureux.

Découvrir des territoires inconnus, éloignés, méconnus en moi et dans les autres, tout cela, en fin de compte, n'est-ce pas caractéristique de l'humaine condition, de l'homme devant l'incertitude ?

Bibliographie autour des savoirs et des soins

A. Lacroix-J.-P. Assal, *L'Éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique*. - Ed Vigot-Liège, juin 1998

G. Brucy-F. Ropé, *Suffit-il de scolariser ?* - Les Editions de l'Atelier Les Editions Ouvrières 75013 Paris, septembre 2000

H. Michaux, *Epreuves, exorcismes 1940-1944*, NRF poésie, Gallimard, août 1999

A. Artaud, Van Gogh, *le suicidé de la société*, L'imaginaire, Gallimard, mars 2001

Revue *Sciences Humaines*, hors-série n°36, avril-mai-2002 « Qu'est-ce que transmettre ? » BP 25, 689004 Auxerre Cedex-France

Francisco J. Varela, *Autonomie et connaissance, Essai sur le Vivant*, Le Seuil, janvier 1989

Piero Coppo, *Les guérisseurs de la folie, histoires du plateau dogon*, Les empêcheurs de penser en rond, janvier 1998

R. Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Ed de minuit, janvier 1998

F. Dagognet, *Savoir et pouvoir en médecine, Les empêcheurs de penser en rond*, décembre 1997

Sous la direction de B. Cassou et M. Schiff, *Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts*, Ed. La Découverte-Syros, Mesnil sur l'Estrée, septembre 1998

Max Dorra, Heidegger, *Primo Levi et le séquoia*, Ed Gallimard-NRF, Connaissance de l'inconscient, octobre 2001

Sous la direction de I. Stengers et I. Prigogine, « L'homme devant l'incertain », Odile Jacob, Mayenne, mai 2001

L'incertitude et l'Evidence-Based-Medicine

Sophie Taïeb

Médecin Radiologue

Le concept d'*evidence-based medicine* (EBM) a formalisé, en 1992, un nouveau mode d'enseignement de la médecine reléguant au second plan la rationalité physiopathologique et le savoir acquis par l'expérience clinique non systématisée, au profit de l'évidence venue de la preuve. Le terme *evidence-based medicine*, mal traduit à notre avis par *médecine basée sur les faits*, *médecine factuelle*, *médecine basée sur les preuves*, *médecine basée sur le niveau de preuve*... sera gardé dans l'anglais originel.

Formaliser la décision médicale, rationaliser l'acte médical

Un nouveau paradigme est lié à l'apparition dans les années 60 de l'essai randomisé puis de la méta-analyse. Symbiose entre expérience du médecin, données de la recherche et préférences du patient. L'expérience clinique, part cruciale de la compétence médicale, doit, pour l'EBM, se baser sur une analyse systématique, reproductible et non biaisée des observations cliniques.

Le clinicien doit se référer à la littérature originale pour résoudre ses problèmes cliniques et offrir une prise en charge optimale⁽¹⁾. Comme il ne saurait avoir une lecture critique de tous les travaux publiés (17 articles par jour 365 jours par an), la collaboration Cochrane sélectionne et résume les

informations essentielles pour la pratique clinique : cf. the Cochrane Library et la revue EBM dont il existe une édition française sur <http://www.ebm-journal.presse.fr>.

Dans l'optique de l'EBM, la discussion sur les préférences du patient doit compléter les 2 premiers cercles pour permettre une prise de décision.

Les critiques furent nombreuses, dès 1996, « au nom de ce que la Médecine est un art autant qu'une science »⁽²⁾, en raison aussi des très nombreux domaines de l'activité clinique où études et données scientifiques n'existent pas, de la complexité des problèmes inscrits dans un cadre poly-pathologique où se mêlent les dimensions sanitaires, sociales, et familiales⁽³⁾. S'y ajoutent les conséquences économiques de la décision⁽⁴⁾, que l'EBM ne prend pas en considération.

Applications à la pratique médicale

Il y a, à notre sens, deux risques de dévoiement de l'idée initiale : ne voir dans l'EBM qu'un moyen de rationnement des soins basés sur la preuve, avec le risque de retard dans l'application de nouveaux traitements en l'absence de preuves, et l'application instrumentale de ce concept comme « outil à produire du standard et à réguler les coûts » en oubliant la nature probabiliste du savoir médical et la discussion sur les



préférences des patients avant la prise de décision.

Un premier exemple tiré de la littérature⁽⁵⁾ expose bien le problème. Vous avez devant vous un patient de 62 ans qui consulte après un infarctus du myocarde (IDM) : se pose la question du relais des anticoagulants par l'aspirine. Première étude prospective : après IDM, le risque d'accident vasculaire majeur (AVM) est de 4 % la première année. Deuxième notion, tirée d'une méta-analyse⁽⁶⁾ : la prise d'aspirine réduit ce risque de 25 %. Peut-on pour autant considérer que la prise d'aspirine dans cette indication est un standard ? Le patient refusant le traitement au motif qu'il a déjà arrêté de fumer, le médecin doit-il insister au motif que la réduction du risque avec prise d'aspirine est de 25 % ou ne pas insister puisque seulement 1 % des patients ainsi traités tirent un bénéfice de la prise d'aspirine ? Une autre manière de présenter le problème pour répondre à cette question serait de dire qu'après un IDM, 96 % des patients n'auront pas d'AVM. Ainsi, si 100 patients dans le même cas sont traités par de l'aspirine, 96 n'en tireront aucun bénéfice, 3 feront un AVM et enfin, pour l'un d'entre eux, la prise d'aspirine aura un effet bénéfique. Le problème est qu'il n'y a pas de réponse à la dernière question : est-ce que ce patient particulier sera celui qui bénéficiera de l'effet de l'aspirine ?

Une approche probabiliste

La connaissance de la méthodologie statistique est un préalable majeur à l'utilisation de l'EBM en pratique courante. Le test statistique qui peut aider le médecin à estimer l'intérêt d'un traitement ou d'un examen diagnostique ne saurait tenir lieu ni de démonstration, ni de preuve. Il s'agit d'une approche purement « probabiliste ». Les méthodes statistiques dont nous nous servons sont fondées sur une confrontation entre les faits tels qu'ils sont observés et une réalité qui est hors d'atteinte. Les valeurs de sensibilité et de spécificité présentes dans toutes les études évaluant les tests diagnostiques ne concernent que

la population étudiée et la prévalence de la pathologie dans cette population. L'extrapolation à une population générale reste difficile. Un essai randomisé qui évalue un pronostic, la valeur d'un traitement, ou la valeur d'un test diagnostique n'apporte pas de certitude. Il apporte des éléments à 2 niveaux différents : au niveau du groupe, il ne peut pas conclure « ce traitement est bénéfique », mais « ce traitement a tel effet thérapeutique et tel effet secondaire indésirable dans tel pourcentage de cas (situé dans tel intervalle de confiance) et dans cette population étudiée » ; et au niveau de l'individu on ne peut en déduire que ce traitement est bénéfique dans l'absolu, il peut ne pas l'être, on peut juste estimer une probabilité de bénéfice.

Une des applications de l'EBM est constituée par les recommandations de pratique clinique (RPC). Le risque serait de faire de la méthode statistique et de la méta-analyse un instrument de preuve indiscutable (pour toute situation ayant fait l'objet d'une étude rigoureuse) qui permettrait une standardisation des traitements : type de traitement, efficacité attendue et coût, entraînant une application coercitive des RPC dans un but de contrôle des coûts de la santé. Or, non seulement des pans entiers de la pratique médicale n'ont pas fait (et ne feront pas) l'objet de telles études, des faits prouvés peuvent se révéler inapplicables en pratique, mais aussi si la littérature renseigne sur des faits positifs, elle n'informe quasiment jamais des résultats négatifs. Il s'agit, en fait, d'une confusion entre l'objectif (une pratique médicale basée sur des faits prouvés) et la méthode (l'essai contrôlé).

La question reste de savoir s'il est réaliste de tirer des conclusions fortes à partir de la littérature sans tenir compte de l'avis des patients^(7, 8).

Mesurer la valeur de l'incertitude

Le terme anglais evidence (preuve) est le contraire d'évidence. Il ne s'agit pas d'une proposition binaire : présence versus absence de preuves,



d'une proposition juridique : preuve à charge, ou d'une proposition positiviste : certitude indiscutable.

Les traductions françaises mettent en avant « la certitude », alors que l'EBM se réfère au principe de « l'incertitude scientifique ». L'intérêt majeur de l'EBM est la tentative de mesurer la valeur de l'incertitude (se traduisant pratiquement par des décisions différentes selon les praticiens) au lieu de l'évacuer ou de l'attribuer à l'incompétence. D'après les données de l'EBM, on va vers un catalogue raisonné des pratiques médicales en distin-

quant ce qui est démontré comme utile, ce qui est démontré comme inutile et, enfin, ce qui n'est pas démontré du tout. Il n'y a pas d'« évidence » quant à l'utilité des soins et il n'y en aura vraisemblablement pas tant que la littérature ne fera pas mention des résultats négatifs. Les décisions médicales ne sont que rarement prises sur les données de la seule expertise scientifique, interviennent aussi les résultats d'études non comparatives, d'études rétrospectives, des séries de cas, de l'expérience personnelle du praticien. En clair, il n'y a pas de règles à appliquer a priori, comme il n'y a pas de médecins qui auraient tort et d'autres raison et comme il n'y a pas de bonne réponse ou de bonne solution. En fonction du problème posé, des données de la littérature et de ce patient particulier, il y aura une solution particulière.



Références

1. Evidence based-medicine group, *Evidence-based medicine, A new approach to teaching the practice of medicine*, JAMA 1992, 268:2420-5.
2. Guiraud-Chaumeil B, Even Ph, « Confrontation avec le système de santé américain » In : *Les hôpitaux universitaires de l'an 2000*, Prévot édit., 1996:239.
3. Naylor CD, *Grey zones of clinical practice : some limits to evidence-based medicine*, Lancet 1995, 345:840-2
4. Maynard A, *Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices*, Lancet 1999, 349:126-8.

5. Eddy D, *Clinical decision making from theory to practice. Comparing benefits and harms: the balance sheet*, JAMA 1990, 263:2493-505.

6. Hart RG, Halperin JL, McBride R, Benavente O, Man-Son-Hing M, Kronmal RA, *Aspirin for the primary prevention of stroke and other major vascular events: meta-analysis and hypotheses*, Arch Neurol. 2000 Mar, 57(3):326-32.

7. Eddy DM, *Designing a practice policy : Standards, guidelines and options*, JAMA 1990, 263 : 3077-84.

8. P. Vennin, S. Taïeb, P. Carpentier, « Le patient face aux choix thérapeutiques en cancérologie. Vers une décision partagée ? » *Bull Cancer*, 2001, 88:391-397.

La qualité d'un médecin se juge classiquement à l'aune d'une subtile alchimie où s'entremêlent un savoir intellectuel médical le plus complet et actualisé possible sur l'état de l'art médical, un savoir-faire : mise en application appropriée de ces données livresques et un savoir-être : qualité du dialogue et de la relation entre lui et la personne soignée.

Mon petit baobab

Le tronc et les branches souches. En 1976, au début de mon exercice en tant que médecin généraliste, j'avais pu mettre dans ma boîte à outils professionnelle 80 % de connaissances théoriques acquises sur les bancs de la Faculté, 20 % d'un savoir-faire de gestes cliniques observés, puis pratiqués, lors de mes stages hospitaliers dans différentes spécialités sur les malades hospitalisés sous le contrôle de médecins seniors patentés et 0,1 % d'un savoir-être glané ça et là au fil des mes rencontres humaines avec les soignés et les autres soignants. Quelques aînés soixante-huitards, fondateurs du SMG⁽¹⁾, qui étaient entrés en médecine générale peu avant nous, m'avaient judicieusement exhorté à délaisser pour le choix de mes différents stages hospitaliers, les services très pointus dans tel ou tel domaine. On pouvait s'y imprégner de techniques sophistiquées d'investigations, voire faire des diagnostics de maladies rares ou complexes très fructueuses pour la qualité intellectuelle du raisonnement médical. Ils m'avaient incité, au contraire, à privilégier des lieux plus « horizontaux » moins brillants au plan intellectuel, mais couvrant un champ plus large pour l'apprentissage de la clinique médicale⁽²⁾, clinique qui représente 90 % des outils du médecin généraliste. Le fondement de ces conseils reposait sur le constat que les médecins généralistes avaient été déposés de beaucoup de leurs prérogatives dans les soins du fait du développement de la médecine spécialisée libérale avec sa logique de concurrence commerciale. Ces médecins spécialistes avaient développé leur profession au détriment

de la médecine générale en incitant les patients à les consulter directement par une meilleure compétence supposée ou avérée concernant de nombreux petits savoirs et savoir-faire cliniques qui faisaient défaut aux médecins généralistes en exercice. Cela allait des petits gestes de chirurgie dermatologique, à la pratique du fond d'œil en passant par la pose d'un stérilet et l'examen du nouveau-né à la sortie de la maternité.

Mon arbre des savoirs, de quoi s'est-il nourri depuis ? Les rameaux de mes savoir-faire cliniques ont eu beaucoup de mal à croître depuis mon installation. Certains ont même complètement dépéri. Le capital initialement constitué s'est très peu enrichi dans le temps. J'ai encore en mémoire ma démarche – deux ou trois ans après mon installation – auprès d'un chef de service hospitalier avec qui j'avais sympathisé. Je lui avais demandé de pouvoir assister à sa consultation pour apprendre les techniques des infiltrations des articulations que j'ignorais complètement au sortir de mes études. Il m'avait conseillé de faire comme lui avait fait dans la même situation : se lancer sans filet dans l'aventure du geste sur le premier « bon » patient venu après avoir regardé de près quelques bons schémas explicatifs... D'autres de mes savoir-faire cliniques ont franchement périclité sous les coups de boutoirs des avancées de la technique. Mon oreille par paresse et non-stimulation a perdu la qualité d'écoute de l'auscultation cardiaque qui me permettait de faire auparavant avec un simple stéthoscope des analyses séméiologiques très fines. L'échographie

Patrice Muller

Médecin généraliste



cardiaque par les informations anatomiques qu'elle apporte a beaucoup simplifié le travail du médecin généraliste. Cette machine qui s'est rendue indispensable dans notre médecine occidentale – riche de ses technologies – a détruit en même temps une grande part du savoir-faire clinique constitué depuis Laennec et dépossédé notre médecine générale.

Au fur et à mesure que je me suis éloigné du temps de ma formation initiale, une partie de mon savoir livresque, celle qui n'était pas réactivée du fait de ma pratique quotidienne, s'est perdue dans le plus profond des limbes de ma mémoire : cela va des charmes du détail millimétrique du squelette humain au très fameux cycle biochimique de Krebs. Dans la mise à jour de mes connaissances je me suis écarté des méthodes hospitalières telles que les séances de lectures régulières et prospectives d'un certain nombre de revues médicales pour aller au coup par coup, en fonction des problèmes ou des nouveautés que me posent tel ou tel de mes malades. Comme le dit très justement Jean Carpentier, la bibliothèque du médecin généraliste, ce sont ses malades. C'est en se remémorant l'histoire et la résolution des problèmes médicaux soulevés auparavant chez Mme Durand que je prends en charge aujourd'hui M. Dupont. C'est en replongeant dans le dossier de la première patiente que je retrouve : les coordonnées du (bon) spécialiste qui avait été sollicité dans la circonstance, les examens complémentaires demandés à bon ou mauvais escient, le traitement efficace initié dont je ne me souviens plus lorsque j'ai devant moi M. Dupont.

Pour d'autres malades, je suis amené à recourir au réseau de personnes ressources que je me suis constitué et dont j'ai déjà pu estimer la compétence et la disponibilité en terme de communication. Ceux que j'ai choisis, avec qui je me suis lié, acceptent facilement « le coup de fil » impromptu

de ma part en prenant le temps de me donner leur avis pour la situation médicale donnée sans que cet avis téléphonique ne se solde par une consultation chez ledit spécialiste.

Courts-circuits. Dans d'autres situations, c'est le patient qui m'apporte « ma mise à jour » directement au cabinet. Il vient me voir avec son compte rendu d'hospitalisation qui fait le point de sa situation, mais aussi du dernier protocole de chimiothérapie sorti que j'ignorais avec des mises en garde précieuses pour moi concernant des associations médicamenteuses dangereuses.

De plus en plus souvent, c'est le malade directement qui m'instruit de la plus récente des données médicales : il vient à ma consultation en me présentant une coupure de presse grand public qui fait état d'un nouveau traitement, en me parlant d'un article récolté sur Internet ou auprès du bulletin d'une association de malades et c'est lui sur le sujet en question qui me stimule pour aller me replonger dans la littérature médicale.

Quant aux Enseignements Post-Universitaires officiels, je les ai délaissés. Time is money dans notre fichu paiement à l'acte et c'est devenu un luxe inaccessible pour moi de m'y rendre. Ce d'autant qu'ils dispensent souvent un savoir désincarné et déconnecté de mes préoccupations de terrain.

Vingt-six ans après, mon arbre est devenu tortueux et disparate. Le tronc s'en est trouvé épaissi avec des trous et des nœuds originels, un feuillage parfois dense et parfois très clairsemé avec certaines branches fortes et ramifiées, d'autres très grêles et courtes prenant naissance directement sur le tronc, sans progéniture.

1. Syndicat de la Médecine Générale.

2. Savoir qui résulte de la synthèse des signes et symptômes que le médecin recueille auprès du malade par les seuls interrogatoire et examen physique, sans l'aide des examens complémentaires tels que biologie, radiologie etc.

Transmission d'un savoir-faire par la littérature

Depuis quatre ans, je propose un enseignement optionnel d'une dizaine d'heures par an aux étudiants en médecine de deuxième année. Cet enseignement est consacré au commentaire de textes littéraires choisis en fonction de certains thèmes comme la mort à l'hôpital, la douleur ou les représentations imaginaires et fantasmatiques des maladies, de la phthisie au sida. Donc une certaine histoire des mentalités à travers la littérature. Le but fixé est double :

- cheminer dans l'histoire des idées culturelles pour mieux comprendre le présent et se forger un jugement critique.
- prendre du plaisir à écouter et à lire des histoires pour mieux apprécier les récits des patients à venir.

Pour illustrer les éléments théoriques divers abordés en cours, durant trois années consécutives j'ai demandé à chaque étudiant de lire un livre parmi cinq romans ou récits proposés. L'examen écrit consistait en un commentaire critique du livre choisi. Cette année, devant la difficulté réelle à faire lire les étudiants, j'ai proposé à l'examen un exercice d'écriture assez particulier qui consistait à lire un récit de cas rédigé « médicalement », puis à le réécrire à la première personne, comme si l'étudiant devenait le patient en question. Le but étant de s'impliquer comme sujet dans le récit, d'imaginer des situations, et de revaloriser

le langage commun non technique pour dire les choses. Voici les deux histoires proposées aux étudiants lors de l'épreuve écrite en décembre dernier.

Histoire n° 1 : « **Je me nomme Katia...** »

Une femme de 40 ans que nous nommerons Katia M. d'origine moldave, en France depuis deux ans, consulte pour des douleurs des cuisses et des épaules apparues, dit-elle, depuis son arrivée. Elle a consulté un médecin qui n'a pas décelé de pathologie et lui dit que ses douleurs sont dues à son obésité et à sa cellulite. Elle doit maigrir.

Elle vient me voir au centre de santé, en commençant par ce discours : « Je suis en France depuis deux ans et j'ai des douleurs ; j'ai vu un médecin qui m'a dit de maigrir, certes, mais... » Et elle accompagne sa phrase d'un haussement d'épaules.

Cette personne qui a obtenu des papiers d'identité depuis peu garde des enfants dans une famille qui la loge, la nourrit et la rétribue. Elle n'a pas encore la Sécurité sociale.

Elle parle bien français car elle l'enseignait en Moldavie. Sa famille, bien que modeste, est intellectuelle (instituteurs). Elle est mariée et a deux enfants. Son mari buvait. Elle décide de quitter sa famille et de venir en France dont elle a une

Gérard Danou

*Praticien de la médecine
et de l'écriture à Paris VII
et Paris XIII.*



image un peu romancée à travers sa connaissance de la littérature française classique. Elle arrive en France illégalement par l'Italie. Elle espère pouvoir faire venir ses enfants à qui elle téléphone régulièrement. Elle occupe ses loisirs le week-end à lire et à se promener. Elle est très tenace et ne pense qu'à économiser de l'argent pour obtenir un regroupement familial.

L'examen clinique ne décèle aucune pathologie organique.

A partir de ce court portrait vous imaginerez quelques jours de la vie intime de Katia confiés à son journal à la première personne (Moi, Je...). Vous insisterez aussi sur ce qui a pu la décider à consulter un premier médecin, ses attentes, sa déception puis sa démarche pour aller voir un autre praticien.

Histoire n° 2 : « **Mon Nom est Antonio F.** »

Antonio a 46 ans. Il vient consulter pour des douleurs musculaires cervicales et dorsales apparues depuis quelques semaines liées à son travail et à des manifestations d'angoisse. Il parle très peu le français. Il a l'air grave et soucieux. Il travaille sur un chantier, n'a pas de papiers définitifs sinon une attestation de soins gratuits. Au Guatemala, il travaillait dans un laboratoire. Il vit avec sa famille (sa femme et ses deux enfants) en banlieue dans un logement précaire. Il se nourrit visiblement mal. L'examen clinique médical ne révélera pas de pathologie.

Vous imaginerez quelques jours de sa vie en France, confiés à son Journal et particulièrement ce qu'il en est de la blessure identitaire qu'il peut ressentir en fonction de ses conditions de vie précaire comme étranger.

Dans l'ensemble, les étudiants ont apprécié la démarche proposée. Il restait alors la question pratique de la nécessaire correction pour une notation sur 20. Il y a dans ce genre d'épreuve écrite une part de subjectivité inévitable aussi du côté du correcteur. Pour la limiter relativement, j'ai proposé de noter pour dix points la construction du récit, la syntaxe, la grammaire et la richesse imaginative ; pour cinq points la dimension

des émotions ou affects, enfin pour cinq points la réflexion théorique comme matériau intégré au tissu narratif. La question de l'évaluation quantitative est bien entendu parfaitement secondaire. Depuis l'an dernier, l'Université de Franche-Comté m'a confiée en partenariat avec la Maison des écrivains, l'animation d'un atelier d'écriture à l'intention des étudiants en médecine et en psychologie sur le thème « médecine éthique et société ». Il est intéressant de souligner que l'initiative revient à la faculté des lettres qui, s'ouvrant aux autres, cherche ainsi à décloisonner les disciplines et les discours. La méthode que je propose aux étudiants est simple. Nous choisissons ensemble une thématique à partir de faits de société parus dans la grande presse ou de l'expérience de chacun découvrant l'univers de l'hôpital, puis le thème choisi est illustré par un extrait d'un texte littéraire se rapportant à la même problématique ; enfin l'étudiant élabore à son tour un texte personnel. Pour laisser trace, les travaux de cette première année d'atelier de réflexion par la lecture et l'écriture donneront lieu à une publication universitaire. L'expérience se prolongera la rentrée universitaire prochaine.

En conclusion, l'important est de transmettre le goût de la lecture de la fiction, pour mieux comprendre l'autre et le monde à travers soi-même. La lecture et l'écriture offrent un lieu virtuel pour penser ainsi sa pratique professionnelle, c'est-à-dire pour la moduler donc pour théoriser ses expériences. A suivre...

Une bibliographie :

- P. Bagros, G. Danou, A. Olivier, *Anthologie de textes littéraires pour les étudiants en médecine*, Ellipses, Paris 1998
 - Colloque de la BPI du Centre Pompidou, *Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*, Presses de la BPI, 2001.
 - M. Cifali, *Transmission de l'expérience entre parole et écriture*, Education permanente n°127/ 1996-2.
 - G. Danou, *De médecine et de littérature*, Médecine et Hygiène, n°2315, septembre 2000, p.1883-86.
 - K. Hunter, « Remaking the case », in *Literature and medicine* 11 n°1, The JHUP, Spring 1992 : 162-179.
- Un site Internet : <http://www.endeavor.med.nyu.edu/>

Partant du savoir-faire empirique des bergers, Michel Meuret a élaboré avec ces professionnels un modèle théorique pour l'action, le système-menu, qui interpelle les certitudes des Sciences. Nous lui avons demandé de développer pour Pratiques ses méthodes de travail et nous découvrons une riche convergence avec ce que nous, soignants, trouvons essentiel dans nos savoirs de praticiens : la complémentarité des savoirs biologiques classiques et ceux des sciences humaines, l'utilisation de l'abord systémique face à la complexité du vivant inséré dans son environnement, l'importance de la temporalité et enfin la nécessaire prise en compte des boîtes noires. La science ne peut pas tout connaître et toute décision comporte donc, même avec le meilleur savoir technique, une certaine dose d'incertitude.

La réalité du terrain

Pratiques : Dans les années 1980, la région PACA et l'ONF demandent à l'INRA de faire une recherche sur l'introduction des troupeaux comme moyen de prévention des incendies de forêts. Vous choisissez comme base de départ le savoir pratique empirique des bergers : comment un chercheur scientifique de l'INRA peut-il aborder les savoirs sous cet angle ?

Michel Meuret : 10 ans auparavant, l'INRA constatait que 80 % de ses travaux n'étaient pas repris par les praticiens : le modèle linéaire de la Science dominante transmettant le savoir au praticien via le technicien de développement était inefficace. D'éminents chercheurs, venant de plusieurs disciplines, ont alors créé le département « Systèmes agraires et Développement » dans le but de comprendre les mécanismes des connaissances des praticiens et des règles d'action qu'ils mobilisent, le fonctionnement du

transfert des savoirs entre chercheurs-techniciens-praticiens. Pour nous, minoritaires (150 personnes sur les 8000 de l'INRA qui exercent avant tout de la recherche en labo), la Science n'a pas l'exclusivité de la production des connaissances, la pratique dans l'action peut en produire aussi. Nous privilégions l'approche systémique où « le tout est plus que la somme des parties » et une vision fonctionnelle de l'ensemble. Tout n'est pas réductible à la science, des boîtes noires subsisteront toujours. Pourtant, au départ, j'ai effectué les travaux en laboratoire, sur le modèle biologique d'estimation des pâturages pour la chèvre laitière, où la valeur globale d'un pâturage est égale à la somme des valeurs de chacune des plantes. Mais la réalité sur le terrain contredisait nos analyses en laboratoire : les chèvres auraient du mourir de faim et pourtant les éleveurs étaient contents de leur production laitière ! Pourquoi

Michel Meuret

*Ingénieur agronome écologue,
chercheur à l'INRA d'Avignon.*



cet écart entre recherche scientifique standardisée et réalité du terrain ? Comment les éleveurs s'organisent-ils pour obtenir du lait alors qu'ils ne devraient pas en avoir suivant nos critères validés ? C'est alors que, là, fermement, on s'est intéressé au savoir-faire empirique des bergers pour stimuler l'appétit des animaux : la science, impuissante à répondre aux situations complexes, utilise des modèles théoriques simplifiés sensés mesurer précisément la réalité : le modèle agrégatif remontant des cellules aux tissus puis aux organes, a bien du mal avec un berger et son troupeau !

Pour nous, médecins praticiens, la conception de l'être humain, considéré comme un assemblage d'organes, est aussi loin de la réalité du vivant que vos modèles biologiques classiques ! Vous avez donc décidé de partir de celui qui connaît le mieux son troupeau et son environnement, le praticien.

La notion la plus importante pour les bergers est le temps : le temps des repas, de leur répartition dans la journée, du long apprentissage nécessaire pour faire manger en abondance. En science, en focalisant tout sur la valeur intrinsèque des aliments, on oublie le plus important, l'organisation dans le temps du processus d'alimentation. Pour faire manger une montagne, le berger doit bien concevoir ses circuits afin d'offrir des choses dans un certain ordre qui stimule l'appétit, les brebis et les chèvres aimant varier le menu tous les jours. Excellents naturalistes, observateurs attentifs et permanents, les bergers organisent leurs circuits en évaluant les réactions instantanées du troupeau aux lieux qu'ils offrent, ils se font une idée non pas du lieu en soi, mais de la façon dont répond leur troupeau sur le lieu donc aux questions d'interaction : ils se retrouvent sur le sens à accorder aux choses. En faisant ensuite dialoguer des praticiens dont l'activité est à l'extrême opposé, on s'aperçoit qu'ils se retrouvent sur des règles communes d'organisation des repas, les moyens utilisés pour diversifier suffisamment et

arriver au but : que les bêtes soient en bonne santé, mangent beaucoup de broussailles et produisent du lait.

Vous préparez ce travail de terrain avec écologues et anthropologues : la recherche pluridisciplinaire est indispensable pour analyser la pratique ?

Les écologues, travaillant avec une vision systémique sur les interactions entre plantes et animaux dans les milieux naturels, ont pu nous renseigner sur l'alimentation de la faune sauvage, plus proche de nos troupeaux libres que de ceux en « zéro pâturage ». Les anthropologues nous aident à organiser une recherche centrée non sur le discours des praticiens, mais sur leur pratique. Et nous, le propre de notre travail est d'associer en situation, pendant que le berger garde son troupeau, des mesures biologiques sur l'appétit des animaux, des enquêtes en temps réel auprès des bergers sur les raisons de leurs actes, la façon dont ils font leurs choix (*je les change parce que ça commence à les lasser*), et un entretien plus socio-technique sur la façon dont ils ont acquis leur expérience. Les disciplines scientifiques, biologie et sciences sociales, ne sont pas outillées pour s'attaquer isolément à la question de la pratique : il faut pouvoir mettre en relation les différents points de vue et il faut entrer dans les catégories de pensées de son interlocuteur. Le praticien nous renvoie des cadres théoriques auxquels nous avons du mal parfois à raccrocher les nôtres, mais il faut essayer d'en construire en sciences qui aient du sens par rapport à ceux du berger : c'est notre rôle de navette.

Vous aviez une connaissance de ce milieu ?

Non, issu du milieu urbain et universitaire, j'ai des catégories de pensées très différentes de celles des praticiens : le biologiste considère la valeur nutritive de chaque plante, les aptitudes physiologiques des animaux... le berger dit la valeur du lieu dans son ensemble *là elles se plaisent, une petite cuvette, elles se voient bien, il y a du soleil,*

pas de courant d'air, les bêtes connaissent (ou c'est nouveau).

Entrer dans la langue de l'interlocuteur, cela peut vous transformer un peu ?

C'est indispensable : il y a une empathie à avoir et il y a le travail du scientifique qui doit construire son cadre de pensée à partir de l'observation de la pratique. Au début de l'enquête sur le terrain, il faut savoir consacrer beaucoup de temps à être là, simplement essayer de comprendre, ne pas vouloir tout de suite collecter de la donnée avec carnet de notes et magnéto : transformer tout de suite l'événement en grille de codage fait perdre beaucoup de choses, par exemple toutes les données, l'indicible, le non transmissible, le non paramétrable. Ensuite, j'utilise mes outils de scientifique, je mets des unités comparables, des grammes, des mètres, des températures, je traduis en langage compréhensible par un biologiste. Si nous, scientifiques, prétendons produire quelque chose qui ait du sens, il faut que la construction parte d'une découpe du réel ayant également du sens pour le praticien : si on construit un modèle pour se faire plaisir en essayant de tendre vers, mais sans essayer d'abord de comprendre la rationalité d'ensemble, personne n'y comprendra rien et ça ne donnera de nouvelles idées à personne. Mais aborder le sujet par la compréhension des pratiques des gens désacralise la connaissance scientifique...

Vous cherchez les moyens de traduire le savoir-faire empirique

En objet de recherche à la fois pour les sciences sociales : le rapport à la technique, les connaissances des praticiens, et pour les sciences écologiques : les flux d'éléments, l'appétit de la chèvre. Mais ce n'est pas pour normer à tout prix et détruire ce qui est de l'ordre de l'empirique, de l'indicible, du savoir-faire qu'on ne traduira jamais en totalité : il est important, quand on est scientifique, d'être bien conscient qu'on ne mettra pas en équation le savoir-faire d'un berger ; si j'ai compris un

tiers de leur expérience, je suis content car il y a des choses qu'on ne dit pas.

Prenons un exemple : il y a des chevriers qui continuent aujourd'hui à s'évertuer à traire à la main. La famille se réduit en général à un couple, ils traient, ils mettent au pâturage, ils transforment les fromages, ils vont vendre sur le marché, tout cela fait du boulot. L'idée raisonnable serait de les aider à simplifier le travail, et, pour la traite, cela veut dire machine à traire. Eh bien non, on traie à la main. Vous pouvez tourner un bon moment autour de ces personnes sur ce thème avant que tout doucement, petit à petit, dans la confiance, dans le fait qu'on les revoie à plusieurs reprises, qu'on prenne le temps, et qu'ils comprennent ce que vous attendez de la réponse... Tant que vous êtes clairement envisagé comme le normalisateur, ils vont vous dire : *ça coûte trop cher, le bâtiment n'est pas près*. Et puis, ils vous lâchent un truc sur le thème *c'est le seul moment où on se retrouve, mon épouse et moi... c'est le moment où tout d'un coup, on a une seule chose à faire, on est à deux, alors que d'habitude, dans la ferme, c'est chacun ses tâches et on se retrouve au moment des repas, c'est tout. Là pendant une heure ou deux, on est sur nos tabourets et on peut causer de tout un tas de choses*. Ensuite, ils cherchent de nouveau à vous rassurer en disant – on revient dans le biologique plutôt que dans le social : *on voit mieux ce qu'on fait à la main*, cela paraît de nouveau plus rationnel. Après plusieurs jours, ils vous disent que *c'est physique, c'est quasiment... un plaisir sensoriel*. Mais cela, ils ne vous le diront jamais les premiers jours. Parce que dans la modernisation de l'agriculture, on ne parle pas de sensualité.

Comme les émotions pour nous

Je pense que nos problématiques se rejoignent sur des choses comme ça.

Que vous ne pouvez pas dire... pas écrire dans une revue scientifique de biologistes

Voilà : c'est vrai qu'on se rend compte que, dans la façon dont un berger va organiser son circuit dans une montagne, à la condition de l'avoir





vécu réellement et d'être resté simplement là durant de nombreux jours sans prendre de notes, qu'il y a une part d'esthétique, une part de jeu *je vais me tester, voir comment elles répondent* : ce qui pourrait paraître une perte de temps n'en est absolument pas une. Je vous en parle à vous mais pas à mes collègues nutritionnistes, car je suis incapable de mettre ça en équation. C'est là que l'on va chercher du côté des anthropologues et ethnologues qui nous disent *les actes techniques, ce sont des faits sociaux*.

Vous êtes à la fois le technicien qui amène une technique au service de celui qui est sur le terrain...

Et au service de la science à qui je renvoie des questions très théoriques à partir d'une option au départ très naturaliste. Nous avons pu élaborer avec vingt bergers, une modélisation de leur savoir-faire sur l'organisation des parcours, le « modèle-menu ». Ce modèle théorique légitimise le métier de ces praticiens et interpellent la

science : *comment évaluer un aliment dans une montagne ? Quel est cet ensemble de choses qui font aliment, au sens où les animaux s'intéressent à ça plus qu'à autre chose à certains moments ?* Mais sachez que ce n'est qu'après dix ans de ténacité et d'accumulation de données sur des situations différentes que j'ai enfin réussi à sortir des papiers dans des revues de biologie. Ce que nous faisons est accepté comme un fait, mais je n'ai pas réussi et n'y arriverai sans doute jamais, à l'exprimer dans les termes qu'ils attendent dans les labos : je n'ai pas administré la preuve de l'efficacité du berger selon les normes des Sciences expérimentales de Claude Bernard, mais je me refuse à considérer le berger comme un effet, au même titre que la pente et la hauteur de l'herbe. Faire la preuve reviendrait à supprimer le berger pour voir les réactions du troupeau livré à lui-même, mais sous une condition indispensable : que ces bêtes se trouvent exactement dans l'état d'esprit dans lequel elles étaient auparavant avec le berger ! C'est une situation stupide !



Il faudrait penser à *L'homme devant l'incertain* de I. Stengers et I. Prigogine

Oui, le berger agit tous les jours dans l'incertitude et notre travail de chercheurs vise effectivement à dire : *personne ne saura tout, mais nous devons être capables de produire de la connaissance scientifique pour aider à l'action dans l'incertain. Plutôt écrire des règles avec résultats probables que des normes avec résultats assurés.*

En quoi cet aller-retour entre le savoir de terrain et la transformation que vous lui faites subir est-il utile au praticien ?

Chercheur sur le terrain, je fais la navette entre les praticiens et les biologistes en laboratoire. Interpellé par les praticiens, j'utilise mon savoir de biologiste pour faire des mesures sur le terrain et ainsi traduire leur savoir en langage scientifique crédible pour ma communauté scientifique. Il ne faut pas oublier d'inscrire la norme scientifique de départ dans les cadres d'action des gens si l'on veut bousculer les modèles classiques et aider les scientifiques à se rapprocher des modalités d'action pratique : faire la navette entre les deux mondes, c'est faire la traduction permanente dans les langues de chacun.

Quelle utilité pour les bergers ?

Cela sert surtout à légitimer leurs actes, leur métier. Qu'un scientifique explique en termes scientifiques ce qu'ils font, cette mise en technique d'une pratique implicite et millénaire méconnue par la société, ou très folklorisée, celle du métier de berger, cela permet de la ramener dans le débat social général sur ce qu'on attend de l'agriculture, cela les légitimise. Très pratiquement, lorsqu'il s'agit de réfléchir à des financements d'opérations agri-environnementales, des contrats rémunérés régionalement, les bergers

retrouvent alors droit de cité, on ne les confond plus avec une clôture sous prétexte qu'il n'y a pas moyen d'évaluer leur travail tellement flou et intériorisé !

Étaient-ils tous contents les bergers ?

Certains étaient offusqués, *on pillait leur savoir et la traduction faite par les chercheurs était tellement banale que n'importe qui pouvait s'en saisir...*

Peut-être par peur d'être instrumentalisés...

La crainte que cela serve à les normer, à leur interdire certaines choses et leur en autoriser d'autres.

Les modèles-menus élaborés avec les praticiens sont utilisés par qui ?

Ce modèle théorique ouvert, peu normatif, constitue un des modèles pour l'action : donner une façon de réagir face au troupeau, une façon d'expérimenter les choses, une façon de réfléchir, ça laisse la liberté à chacun d'agir au cas par cas sur des situations particulières, mais avec un cadre de raisonnement bâti à partir d'expériences accumulées chez des collègues, une façon de regarder. Il peut être enseigné et faire gagner du temps aux débutants.

Ce type de recherche démontre aux scientifiques comment le fait de rentrer par la pratique identifie des objets différents dans le biologique. Mais on se heurte à deux conceptions du biologique et du vivant : soit le vivant est une somme de cellules avec des molécules qui circulent, on peut donc le manipuler à volonté ; soit le vivant n'existe que dans un contexte de relations qu'il ne faut surtout pas casser, de boîtes noires où l'on ne pourra jamais entrer. C'est cette deuxième façon de voir que nous avons en commun.

*Propos recueillis par Anne-Marie Paboïs
et Geneviève Busson*

Soigner chez les Papous

À Patrick,

Philippe Rospabé

*Economiste de formation
et anthropologue,
Philippe Rospabé collabore à
la revue du MAUSS*

Au premier abord, l'étude de la médecine « primitive » nous plonge dans un monde étrange, dont l'archaïsme peut faire sourire le familier d'une bio-médecine moderne jugée efficace en termes de guérison, durée et confort de vie. L'étiologie de la maladie, comme son traitement, font appel à des notions que nous qualifions de surnaturelles et d'irrationnelles, car ils font intervenir aussi bien la sorcellerie que les esprits et donc les pratiques de soins des chamans. A la réflexion cependant, l'intérêt de ces études ne réside pas seulement dans la mise en évidence d'un savoir exotique oublié dont il ne subsisterait que quelques traces dans les pratiques populaires ou qui resurgirait dans certaines médecines « parallèles ». Elles pourraient servir de base à une réflexion sur les représentations sociales de la médecine contemporaine où, selon nous, perdurent des aspects religieux, comme nous le suggérons en conclusion. Pour l'essentiel, nous exposons les principales caractéristiques de la

médecine néo-guinéenne traditionnelle en faisant des distinctions selon les causes attribuées aux pathologies et donc selon les soins prodigués.

Plusieurs niveaux d'explication

Mais d'abord, qu'est-ce qu'être malade pour un Papou ? Chez les Yupno par exemple (Keck, 1993), c'est se trouver dans un état « chaud » exceptionnel, à l'extrémité d'un spectre glacé-frais-chaud. Ces états de « désordre » sont reconnus et nommés, mais on ne leur accorde que très peu d'importance et on ne parle véritablement de « maladie » que lorsque le mal est perçu comme la conséquence d'une malveillance, donc lorsqu'il a pris une dimension sociale. La bonne santé est d'ailleurs un état autant social que physique (Frankel, 1986) : être sain c'est posséder une influence, c'est en particulier détenir le pouvoir d'attirer des biens précieux, coquillages ou animaux, donnés par d'autres. Notons l'extrême

Mauss
3, avenue du Maine
75015 Paris
Tél : 01 42 84 17 03
Fax : 01 42 84 24 17
e-mail : mauss1981@aol.com



importance de la peau comme indicateur de la santé : une belle peau lisse et luisante signifie aussi la séduction, la fertilité, l'abondance ; à l'inverse une « mauvaise » peau, sèche et couleur de cendre, est symptôme de désordre et de stérilité.

Le système médical papou est loin d'être moniste, car plusieurs niveaux d'explication des maladies se superposent. Un premier niveau, pragmatique, concerne des causes concrètes liées à l'environnement physique : telle blessure est attribuée à une chute et, la saleté, des aliments mal préparés, le chaud, le froid sont bien perçus comme l'origine immédiate de « désordres naturels ». Les moyens thérapeutiques traditionnels visent alors directement la condition du patient : plantes, diète, repos, massages, saignées, eau chaude ou froide, sont administrés par des proches dans le cadre familial ; la phytothérapie tient une place majeure et on fait parfois appel à un spécialiste, comme chez les Yupno, où il s'agit de ramener le corps à un état de fraîcheur à l'aide de substances « fraîches ». La chirurgie est aussi l'œuvre d'un spécialiste qui peut traiter une fracture en introduisant une baguette de bois *mandala* dans le canal médullaire de l'os brisé. Si la guérison intervient à ce stade, l'affaire est close et ne concerne généralement pas les liens sociaux, mais, si le mal perdure, commence la maladie « réelle » (*Njigi* chez les Yupno). Débute alors une investigation qui, via la lecture de signes divinatoires ou l'interprétation de rêves, cherche les « vraies » causes, les causes sociales du mal être physique. De façon générale, les Papous ne se demandent pas ce qu'est une maladie - s'ils ont une bonne connaissance anatomique, ils semblent ignorer les fonctions organiques - mais qui est responsable. La plupart des « causes » sont socialement déterminées soit parce que le malade a transgressé un tabou, soit parce qu'une autre personne l'a agressé dans un état de colère ou de haine. Dans ces conditions, des syndromes distincts peuvent se voir attribuer la même cause.

La rupture d'un interdit

Que le mal vienne de l'autre est illustré par la croyance extrêmement répandue chez les Papous (et ailleurs) des dangers de la « pollution féminine » et donc de l'épouse, d'autant plus qu'elle vient généralement d'un autre clan selon la règle du mariage exogamique. Parmi les substances féminines jugées néfastes, le sang menstruel tient une place éminente bien qu'ambiguë puisque nombre de sociétés considèrent que le fœtus est constitué du mélange du sperme et du sang menstruel et donc que ce dernier est porteur de vie (il est d'ailleurs célébré de façon très secrète dans les cultes masculins). L'être humain est donc vu comme un composé de substances venues du père et de la mère ; ainsi chez les Huli, le sperme donne la peau et les os, le sang menstruel crée le sang de l'enfant, ses vaisseaux sanguins, nerfs et tendons. Du point de vue des hommes, au moins, la bonne santé des garçons doit être acquise par l'expulsion du « mauvais sang » féminin en eux et une part essentielle des rites d'initiation masculine consiste en saignées du pénis ou du nez.

La pollution féminine n'est généralement pas associée à la malveillance de l'épouse, mais plutôt à la rupture d'un interdit de la part de l'homme malade : il n'a pas respecté l'interdit cyclique des rapports sexuels ou encore il a eu des rapports extra-conjugaux. Par ailleurs, la transgression d'un des multiples tabous alimentaires est également perçue comme pathogène. Sans bien entendu prétendre épuiser cet immense domaine, nous en donnerons une explication possible à travers l'exemple des Hua (Meigs, 1984). Comme de nombreuses tribus néo-guinéennes, les Hua considèrent que les êtres humains sont mus par une source de vie et de fécondité, le *Nu*, substance invisible, mais bien réelle, que l'on possède en quantité finie à la naissance et que l'on va perdre tout au long de l'existence. Ce principe d'entropie affecte



tout particulièrement les hommes qui craignent la conception et la naissance d'un enfant, associées à la cession d'une grande quantité de *Nu* ; le moyen le plus extrême à leur disposition pour reconstituer leurs réserves déclinantes consiste en des rituels d'initiation et de contrôle symbolique du pouvoir reproductif féminin. Le *Nu* est présent dans les parties détachables du corps : fluides sexuels, fèces et urine, souffle et odeur corporelle, sueur, cheveux, salive, etc., mais pas seulement, car il pénètre les plantes et les animaux que produit l'individu, si bien qu'il existe un lien consubstantiel entre une personne, son enfant, son cochon et les produits de son jardin. Nous touchons ici très exactement à l'origine de nombreux tabous alimentaires. En effet, le *Nu* est pensé de façon ambivalente puis-

qu'il s'agit de préserver le *Nu* du clan, la « bonne » énergie vitale, tout en se préservant du *Nu* des autres clans, perçu comme dangereux. Il s'agit par ailleurs de transmettre cette énergie vitale, à sa progéniture en particulier, d'où l'interdit concernant l'ingestion de son propre *Nu* : on ne peut consommer sans risque ses propres produits, ce serait se consommer soi-même.

La sorcellerie

La sorcellerie est très souvent évoquée comme la source première de nombreux maux, d'autant plus que la vengeance guerrière a été réduite au temps de la pacification coloniale. Elle est utilisée comme moyen de représailles en cas de désaccord, quand par exemple un paiement n'a pas été





effectué à un autre clan, ce qui contrevient à la règle fondamentale de la réciprocité, ou encore quand un mort n'a pas été vengé, autre obligation essentielle relevant aussi de la réciprocité. La contre-sorcellerie consiste le plus souvent en une extraction symbolique du mal, sous forme d'objets. Le patient peut également ingérer des substances riches en énergie vitale afin de compenser ce qui a été absorbé par les substances nocives. C'est l'œuvre des chamans qui agissent en liaison étroite avec les esprits éventuellement concernés.

Les « médecins primitifs »

Avant d'évoquer les « attaques » des esprits et les thérapies associées demandons-nous qui sont ces « médecins primitifs ». Chez les *Mbowamb*, par exemple, le *Mörn-wö* ou prêtre guérisseur est un médiateur entre les êtres humains et « les pouvoirs cachés » (Strauss, 1990). Ces pouvoirs surnaturels sont ceux des esprits qui contrôlent le flux vital nécessaire à la communauté. N'importe qui ne peut devenir *Mörn-wö* car celui-ci doit avoir accès au pouvoir vital qui circule via le *Mi*.

Le *Mi* est tout à la fois l'expression transcendante de la communauté, le symbole de l'harmonie entre les humains et entre ceux-ci et les esprits des ancêtres, et sa réification dans un objet, pierre, plante ou animal, propre à chaque communauté. Le chaman est le détenteur de l'objet *Mi* du groupe. Il doit être instruit par un praticien plus âgé, habituellement son père, qui lui apprend les formules magiques et l'usage des *Tamb-Medl*, ces « choses contenant du mana » (pouvoir, force de vie) données à ingérer au malade. L'instruction du guérisseur est considérée comme *Man-Êk*, « discours puissant » et doit donc rester secrète, si bien que l'initié ne peut que murmurer les formules, les autres étant supposés ne pas comprendre ce qu'il dit. Le nouveau guérisseur ne peut cependant commencer à exercer qu'après avoir « été pris et transporté en extase » par l'esprit de son instruc-

teur décédé, et cela se manifeste publiquement par la transe convulsive du nouveau chaman.

Les attaques des esprits

Revenons aux attaques des esprits, si souvent jugées à l'origine des souffrances humaines. Il s'agit le plus souvent des esprits des défunts, d'autant plus malveillants que la mort est encore proche et qu'ils se vengent ainsi d'avoir été « négligés » par ceux qui leur survivent. Ce sont aussi les garants d'un ordre social en ce qu'ils sanctionnent les transgressions. Ils peuvent aussi, plus prosaïquement, « réclamer » des sacrifices ; en effet, le principe de réciprocité vaut également pour les rapports entre les vivants et les morts : lors d'un sacrifice, les vivants nourrissent les esprits du fumet des viandes ou du sang qui coule en terre et les esprits leur retournent le flux vital nécessaire à la pérennité du groupe.

Chez les *Mbowamb* évoqués plus haut, chaque maladie représente une menace fondamentale pour la vie elle-même et pas seulement pour la vie de l'individu affecté, mais pour la vie de la communauté toute entière car l'on craint une réaction en chaîne : « Le cas isolé en lui-même a montré que quelque chose est allé de travers dans le domaine du *Mi*, que les relations personnelles et spirituelles à l'intérieur du monde des vivants ainsi que les relations aux pouvoirs cachés ont du être perturbées ». Il appartient alors au chaman de restaurer l'harmonie perdue. Résumons la description d'un « traitement » (Strauss, 1990, 129-132).

Pour les proches du malade, le manque d'appétit, la perte de poids, l'apathie et la somnolence indiquent « que son âme l'a quitté ». Si les proches ignorent l'esprit responsable, on fait appel à un guérisseur chaman qui, après avoir confirmé le diagnostic, informe le malade qu'il est venu « attacher la corde qui relie son âme ». Notons ici que toutes les sociétés néo-guinéennes



pensent la dualité du corps et de l'âme, que celle-ci quitte provisoirement le corps lors du sommeil, de la perte de connaissance ou de la maladie, ou définitivement lors du décès pour devenir esprit.

Un enchevêtrement d'actions sur le corps, de rites et de sacrifices

Résumons : l'étiologie médicale papoue ne fait pas correspondre une cause unique à une pathologie unique car les explications d'un désordre corporel se superposent ou s'enchevêtrent. Une affection pulmonaire, par exemple, pourra être attribuée directement au froid, mais si elle dure ou s'aggrave une responsabilité humaine ou spirituelle est recherchée ; ce peut être l'œuvre d'un ennemi qui se venge par sorcellerie et celle-ci utilise souvent des substances pathogènes parmi lesquelles le sang menstruel ; le sorcier peut d'ailleurs s'assurer l'aide d'esprits malveillants pour parvenir à ses fins. Les réponses « médicales » sont logiquement adaptées à cette étiologie, si bien qu'elles mêlent l'action directe sur le corps malade, les rites symboliques et magiques sur les substances nocives, la réparation des liens sociaux rompus et, par-dessus tout, le sacrifice propitiatoire aux esprits malveillants.

La dimension du lien et du sens

La médecine occidentale contemporaine, la médecine officielle et savante, semble aux antipodes de la médecine papoue. Ainsi que l'écrit François Laplantine « Le fondement du savoir médical a historiquement consisté dans une lente désimplication du mal, relevant d'une conception sacrale ou philosophique de l'homme, et de la maladie, enfin envisagée dans sa positivité naturaliste » (Laplantine, 1992, 347-348). Ce processus de laïcisation a centré toute la réflexion sur le comment de la maladie, mais au détriment du pourquoi, autrement dit de la question du sens pour le malade. Or celle-ci resurgit

toujours avec la douleur ou la gravité du mal : pourquoi moi et maintenant ? De plus, en mettant l'accent sur la maladie plutôt que sur le malade, la science médicale et ses spécialisations de plus en plus poussées ont coupé la maladie du social. Ce n'est que dans les pratiques de soins que la personne est considérée (plus ou moins selon les lieux et les soignants !) dans ses liens aux autres. Ce que nous souhaitons seulement suggérer ici, au risque de choquer, c'est la nécessité de réfléchir à la dimension « religieuse » qui demeure dans les représentations collectives de la médecine. Non pas tant parce qu'elle a ses dogmes et ses rites comme toute grande institution, mais parce qu'elle revêt cet aspect aux yeux d'un public de plus en plus large. Héritage d'un scientisme difficile à évacuer dans un domaine où la vie et la mort sont en jeu, une « foi médicale » paraît de plus en plus partagée, consciemment ou non : « La croyance en un progrès infini faisant parvenir l'être humain à la santé absolue par l'élimination graduelle de toutes les maladies dans une cité enfin totalement médicalisée, est fondée sur une espérance messianique qui promet à la fois plus et moins que les grandes religions » (Laplantine, 1992, 376), plus parce que le salut par la santé est de ce monde, moins parce qu'elle ne nous dit rien sur la mort.

Bibliographie

Frankel, S., 1986, *The Huli response to illness*, Cambridge, Cambridge University Press.

Keck, Verena, 1993, *Two ways of explaining reality: the sickness of a small boy of Papua New Guinea from anthropological and biomedical perspectives*, *Oceania* 63, 294-312.

Laplantine, François, 1992, *Anthropologie de la médecine*, Paris, Payot.

Meigs, A.S, 1984, *Food, sex and pollution: a New Guinea religion*, New Brunswick, Rutgers University Press.

Strauss, Hermann, 1990, « The Mi-culture of the Mount Hagen people. Papua New Guinea », *Ethnology Monographs N°13*, University of Pittsburgh.

Visages

Un zona méconnu

Élisabeth Maurel-Arrighi - *Médecin généraliste.*

Pourtant, elle avait cru tout bien faire. Ariane a eu longtemps des réticences face à la médecine, se contentant de voir un homéopathe de loin en loin, demandant des conseils à ses amies médecins, n'osant guère « déranger » le nouveau médecin généraliste que je lui ai conseillé. Mais un lupus un peu sérieux l'a obligée à fréquenter un des temples de la médecine interne parisienne.

Un jour, une éruption unilatérale avec sensation de brûlures la réveille. Pensant à une poussée de lupus, elle se précipite à l'hôpital où elle est suivie. Là, deux rhumatologues l'inspectent, évoquent différents diagnostics pour les récuser ensuite et lui donnent rendez-vous la semaine suivante avec le dermatologue du service. Le soir, au téléphone, à la description de ses symptômes, j'évoque bien sûr un zona, confirmé dès qu'elle vient me le montrer, et lui propose le traitement nécessaire du fait de sa cortisone.

C'était un diagnostic évident. Pourquoi a-t-il été méconnu ? C'étaient des spécialistes enfermés dans leur catégorie de pensée, n'osant se risquer hors de leur champ, ni faire face à la panique d'Ariane.

Inspection

Martine Devries - *Médecin généraliste.*

Cette fois-ci, je n'étais pas parmi les étudiants qui assistaient respectueusement à la consultation du « patron », non, j'étais la consultante, j'amenais ma fille, de quelques semaines, à ce cardiologue Pédiatre des Hôpitaux de Paris : à la naissance, le pédiatre lui avait trouvé « un souffle », ce n'était rien, mais il préférait le faire confirmer et m'avait adressé au meilleur, probablement. Atmosphère solennelle, je pose le bébé tout nu sur la table d'examen, quinze paires d'yeux braquées sur lui,

et le professeur d'expliquer que l'examen clinique commence par l'inspection : « cette enfant a une corpulence normale, elle semble avoir une activité motrice normale, le teint... la protrusion de la langue⁽¹⁾ est un bon signe de trisomie 21, mais elle n'a pas d'épicanthus⁽²⁾... » Je ne me souviens pas vraiment du reste de la consultation.

Aujourd'hui, trente ans plus tard, lorsque son bébé à elle, tire la langue en s'appliquant sur son jeu, nous rions.

Hiérarchie des savoirs

Catherine Jung - *Médecin généraliste.*

Je me rappelle de l'époque, c'était il y a longtemps, j'étais infirmière. Un patient de 70 ans était hospitalisé pour une hémorragie digestive. Après quelques jours d'hospitalisation, il perd un peu ses repères, il se promène dans les couloirs avec sa chemise d'hôpital ouverte dans le dos, son urinoir à la main, il se trompe de chambre, il se trompe de lit : ça fait un peu désordre ! Je suggère à l'interne de le laisser rentrer chez lui avant la gastroscopie qui devait avoir lieu la semaine suivante. J'argumente que plus l'hospitalisation est longue, plus il aura de mal à retrouver ses repères. La gastroscopie donnerait un beau diagnostic entre ulcère et cancer. En cas d'ulcère, il serait traité par des médicaments, en cas de cancer, il faudrait l'opérer, ce que son état ne permettait pas. Alors à quoi sert le diagnostic !

Le chef de clinique a tranché, en disant à l'interne : elle a raison, mais tu décides... Et ce monsieur a eu sa gastroscopie...

Hiérarchie des savoirs, tyrannie de la connaissance : un beau diagnostic qui peut être mis dans une lettre de sortie est plus important que le bien-être des patients.

1. L'enfant tire la langue.

2. La forme des yeux « bridés ».

La sourde inquiétude du savoir

Catherine Jung

Médecin généraliste

La tyrannie de la connaissance

Dans notre boîte à outils, nous disposons parmi d'autres compétences, d'un savoir dit scientifique, biomédical... Celui que nous enseignent les facultés de médecine. Avec ce savoir qui fonde notre métier, nous entretenons des relations très particulières. Nous avons peiné plusieurs années pour l'acquérir... Nous avons parfois éprouvé le plaisir de la découverte, le plaisir de comprendre, de rendre soudain accessibles des notions difficiles... Mais, nous avons parfois dû apprendre dans l'urgence un savoir mal digéré pour pouvoir répondre à des questions d'examen. Aujourd'hui, c'est la place de ce savoir qui interroge, et comment ce que nous savons, ou plutôt ce que nous sommes supposés savoir marque notre place dans le monde médical. En apprenant (de nos maîtres disions-nous), nous avons aussi appris que plus nous en savons, mieux nous sommes considérés, mieux nous sommes rémunérés. Les étudiants les plus brillants, ceux qui acquièrent le plus facilement ce savoir biomédical passent l'internat qui, jusqu'à ce jour, est considéré comme la voie royale qui mène aux situations les plus prestigieuses. Dans le même mouvement, nous a été enseigné notre métier, mais aussi la valeur absolue et tyrannique de ces connaissances. Au point qu'aujourd'hui, il est difficile de dire nos doutes, d'avouer ce que nous ne savons pas. Les étudiants de troisième cycle de médecine générale que nous voyons dans nos cabinets ne peuvent pas reconnaître leur ignorance. Ils ont cru

comprendre qu'un médecin doit tout savoir. Cette notion est implicite dans le mode d'enseignement et le mode d'évaluation des études médicales. Notre première tâche est de leur apprendre qu'ils ne peuvent pas tout savoir, et qu'il est indispensable de pouvoir le reconnaître.

La hiérarchie des savoirs

Ce ne sont pas les connaissances en tant que telles qui posent problème, mais la hiérarchie qu'elles induisent. Ce qui fait aujourd'hui la qualité d'un médecin, ce sont d'abord ces connaissances et ensuite accessoirement sa capacité relationnelle et ses autres compétences. Il est par exemple très valorisant d'avoir réussi un beau diagnostic et qu'importe les conséquences pour le patient. Il est beaucoup plus exceptionnel d'entendre un confrère dire que dans une situation difficile, il a réussi un vrai lien thérapeutique...

La capacité relationnelle d'un médecin nous paraît, aujourd'hui encore, accessoire. Longtemps, elle était perçue comme étant innée. Elle ne s'enseignait pas. Heureusement, ce n'est plus tout à fait pareil aujourd'hui et il existe un enseignement de la relation médecin malade dans les facultés de médecine pour les futurs médecins généralistes. Pourtant, la capacité relationnelle ne fait pas de nous des médecins estampillés ou reconnus, ou plutôt, il serait possible d'être un bon médecin sans ce savoir faire. Il est dit alors de ce médecin qu'il est un peu rude. Si nos compétences relationnelles étaient innées, si

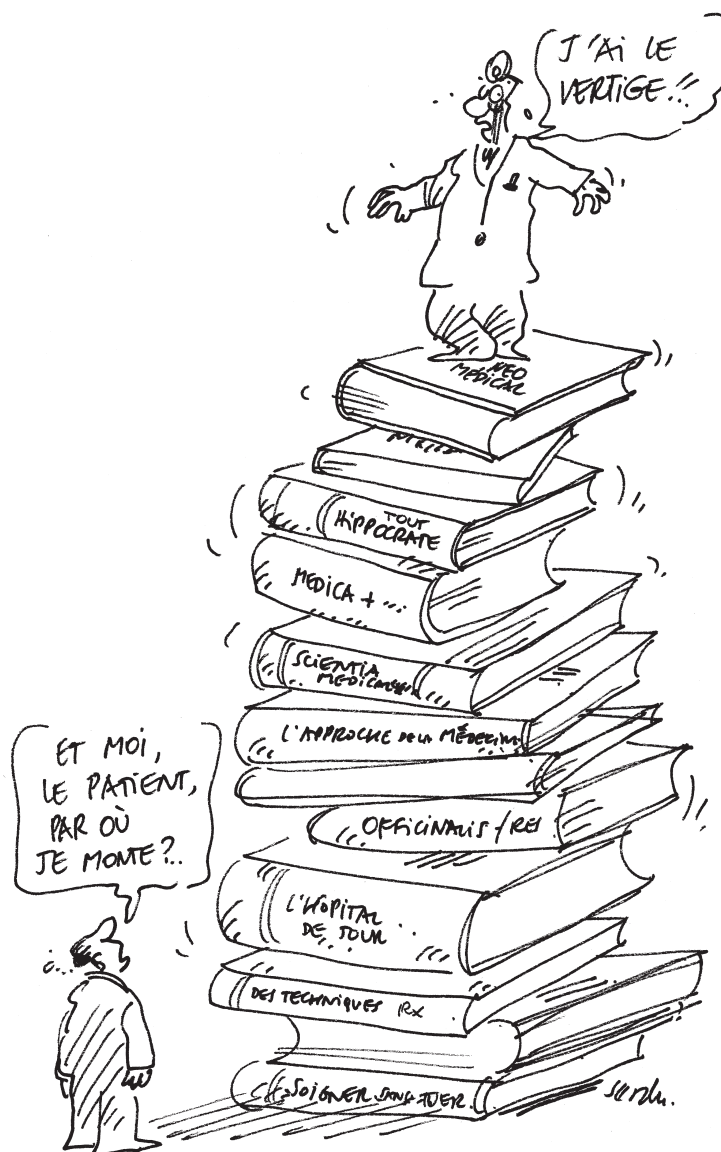
elles ne s'enseignaient pas et ne étaient pas indispensables pour être un bon médecin, alors elles n'auraient pas vraiment de valeur. Et il n'est pas toujours facile de penser à contre courant, de pouvoir décrire, parler, enseigner la relation médecin-malade et affirmer que ces compétences sont fondamentales pour faire de nous des vrais soignants. Cela, nous avons besoin de le revendiquer et de le faire reconnaître.

La réciprocité éducative

Notre savoir pour qu'il ne soit pas instrument de pouvoir tyrannique, il nous faut apprendre à le transmettre aux patients, dans la relation de soin. Nous mettons nos connaissances à disposition des patients pour qu'ensemble nous trouvions la solution la mieux adaptée à leur demande. Il nous faut aussi apprendre à le transmettre à nos jeunes confrères. En situation d'enseignement, il y a différentes positions possibles. Très schématiquement, il y a deux positions extrêmes mais tous les intermédiaires sont possibles. Soit l'enseignant imagine tout savoir, et celui à qui il enseigne ne sait rien. Cette attitude est confortable pour l'enseignant, l'étudiant ne dit rien et ce qui lui est enseigné peut être totalement inadapté à ce dont il a besoin. La relation d'enseignement est alors à sens unique. Ils perdent tous les deux la possibilité d'apprendre. Soit, l'enseignant sait que l'étudiant a un savoir et ils vont partager dans une relation réciproque leurs connaissances. L'un a un savoir biomédical plus récent et plus argumenté, mais aussi une expérience de vie, l'autre a des compétences relationnelles et une expérience riche de plusieurs années de pratique. Dans l'échange, ils vont pouvoir interroger leurs savoirs, découvrir leurs scotomes, mieux cerner leurs limites. L'échange modifie profondément la relation au savoir. Il est possible et utile pour tous les deux de parler de leurs ignorances. Ils apprennent que de vouloir tout savoir est un fantasme de toute puissance. Toutes les compétences de l'un comme de l'autre sont intéressantes et enrichissent la relation d'enseignement en améliorant

les qualités professionnelles du maître et de l'élève.

Au bout du compte, nous sommes toujours en insécurité. Comment dire nos doutes et nos inquiétudes ? Nous n'en savons et n'en saurons jamais assez. Ce savoir est non seulement insuffisant, mais il se périmite vite. Il y a sûrement eu erreur sur l'objectif de nos études : nous avons accumulé des connaissances, mais nous n'avons pas appris à apprendre. Nous avons parfois écouté des malades, nous avons accessoirement appris à soigner.



Petite digression parabolique

Anne Perraut Soliveres

*Cadre supérieur infirmier
de nuit, chercheur en sciences
de l'éducation.*

Il en est des savoirs comme de la cuisine gastronomique. Il y a les ingrédients qui font évidence, ceux que l'on peut deviner pour peu que l'on ait quelque expérience et tous ceux qui, au gré de la fantaisie de la cuisinière, font que le plat est ce qu'il est et qui seraient irremplaçables, épices ou aromates, qui feront surtout la différence entre ceux, aussi fidèles à la recette soient-ils, qui le confectionneront. La cuisine n'est jamais la même selon qui la fait, selon également le désir de partager, selon l'indifférence ou l'amour qui préside aux délicieux mélanges, selon la curiosité, l'audace, la créativité et l'imagination qui permettent l'improvisation sans oublier pour autant les savoirs de base incontournables. Souvenons-nous des délicieux plats de nos grands-mères que l'on n'arrive jamais vraiment à reproduire... L'alchimie gustative ne souffre guère les excès, trop salé ou trop épicé et le plat est gâché, erreur de mélange et l'on passe du délice au supplice, d'autant qu'il n'est pas recommandé de dire son dégoût à son hôte... Ainsi, il y a le texte et l'intelligence du texte, l'intertexte, le paratexte, l'hypertexte et je ne parle pas du prétexte... l'entre les lignes, le non dit et l'insu qui tous participent du et au savoir sans forcément qu'on en fasse état.

Aussi :

Il y a ce qu'on sait sans le savoir
et dont pourtant on se sert
il y a ce qu'on croit savoir
sans l'avoir encore éprouvé
il y a ce qu'on sait qu'on ignore
ce qu'on ne veut pas savoir
il y a tout ce qu'on devine
mais qu'on n'ose s'avouer,
ce qu'on croit que les autres savent
et qu'ils croient que nous savons

il y a ce qu'on pourrait savoir
à condition de le vouloir
ce qu'on préfère taire
bien que le sachant...

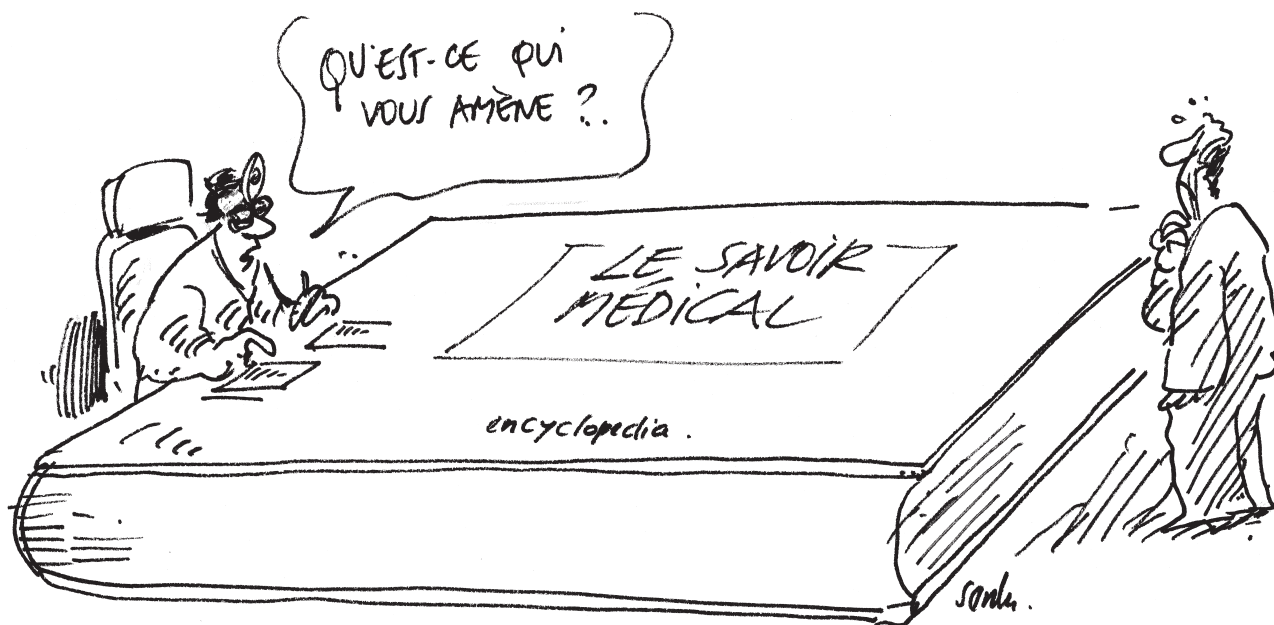
Il y a aussi ce qu'on appelle
le savoir-faire
à ne pas confondre avec
le faire savoir

Ni le savoir être avec le faire
ou encore
le savoir-faire avec le savoir.

Un savoir peut en cacher un autre, en gâcher d'autres également, en venant inscrire son évidence dans les creux du doute. Il y a tant et tant de formes possibles d'expression du savoir que la tête me tourne à tenter de les énoncer. Il reste cependant à comprendre comment elles se conjuguent avec le faire valoir qui mène si facilement au pouvoir. On a parfois bien du mal à imaginer comment se distribue le pouvoir qui régit ces savoirs, qui les plie, les contreplie afin de les classer, de les organiser, de les condamner à la réclusion dans des disciplines où ils s'ennuient parfois à mourir ! La rétention du savoir par quelqu'un ou un groupe est la manière la plus sûre de maintenir les autres dans l'ignorance et, par conséquent, de s'assurer une supériorité sur eux. De nombreuses stratégies permettent cette rétention, qu'il s'agisse des jargons dont abusent les sciences en général et la médecine en particulier, ou des manipulations dont usent les petits chefs dont chacun a pu subir les abus de pouvoir. La hiérarchisation des savoirs est une façon d'organiser le pouvoir entre les disciplines et ceux qui s'en réclament, privilégiant ce qui se voit, se compte et se prouve et reléguant du même coup dans l'ombre ce qui se

sent, ce qui s'invente, ce qui fait lien. On pourrait dire que la légitimité qu'on accorde au savoir est proportionnelle à la proximité dans laquelle il se trouve avec la raison dominante. Entre subjectivité refoulée et objectivité rêvée, une grande partie de ces petits riens qui participent pourtant au savoir passent à la trappe. Entre croyances, savoir-faire avec (et sans) ce que l'on sait ou ce que l'on sent et légitimité, on imagine aisément combien de bébés furent, et sont encore, jetés avec l'eau du bain. La science a ainsi appuyé sa hiérarchie contre l'obscurantisme (ou traité comme tel) sur la preuve et a ainsi hiérarchisé les connaissances avec une frilosité et une constance qui confinent à l'enfermement. Ce qu'Isabelle Stengers appelle « les boîtes noires » vient confirmer le manque d'ouverture d'une science à l'autre, le peu de reconnaissance des « chappelles » entre elles, la difficulté de faire entrer d'autres raisonnements, d'autres logiques dans le saint des saints du savoir : l'université. Savoir vient du latin *sapere*, saveur, avoir du goût, du discernement, être intelligent. La saveur implique un jugement du sujet qui goûte. Comment alors expliquer cette descente du savoir dans les caves de la désincarnation scienti-

fique, cette ascèse forcée qui semble tétaniser les candidats au savoir ? A trop vouloir tutoyer l'universel, lisser les résultats, on a feint d'ignorer tout ce qui pouvait faire sens dans le particulier, le singulier, qui donne à son tour sens aux constructions humaines collectives. N'oublions surtout pas l'universel, le meilleur, le plus grand, l'inqualifiable et cependant partagé par le plus grand nombre, celui qui fait encore rêver le curieux... le non savoir. C'est lui qui préside et succède à la connaissance, qui lui fait la nique, la nargue, la terrasse, tellement habile à rebondir, à resurgir du su, celui qui permet que se creusent et se dessinent les chemins escarpés de la connaissance, frère aîné du doute, le premier et le dernier en toute épreuve, jamais bien loin des illusions de ceux qui croient savoir. C'est lui le dynamiteur, le grand organiste de nos apprentissages, lui encore qui nous condamne à remplir à jamais le tonneau des danaïdes. Il est l'ombre de la lumière, l'envers de l'endroit, aussi prompt à s'installer au bord de nos certitudes que celles-ci auront été imprudemment énoncées. Cet empêqueur de conclure aura toujours le dernier mot. Si on ne peut obliger quiconque à savoir, il n'est pas interdit de lui faire savoir que c'est possible...



Apprendre la patience

Anna Fereol

Aide à domicile

Anna Fereol est aide à domicile en milieu rural, elle fait partie du groupe de paroles dont il a été fait état dans le n° 17 de Pratiques. Son métier d'aide à domicile l'a amenée à partager un petit moment de la vie de Mme M., mère et grand-mère de 91 ans, chez qui la maladie d'Alzheimer était déclarée depuis un an. Son mari, un peu plus jeune, s'occupait entièrement d'elle et, comme la dépendance de Mme M. augmentait, elle a été embauchée pour huit heures puis douze heures de garde par semaine. Elle nous restitue la parole de Mme M., notée au fil des jours.

« J'ai peur... je ne reconnais plus personne. Je me reconnais encore, là, dans mon fauteuil, mais bientôt, je n'y serai plus... »

« C'est plus facile d'y être que de se rappeler... »

« Où il est, mon mari ? Il faut que je le voie, que je l'entende, sinon je suis perdue... »

« A la grâce de Dieu... »

« C'est ça le problème : la parole me manque... il faut que je parle. »

« Personne ne me comprend, vous êtes la première... j'en ai marre, marre, marre, marre. »

« Eh bien oui, je perds ma tête qui s'en va à la lune... »

« J'ai plus qu'à m'en aller, m'en aller très loin. La mort, c'est plus facile que ça. »

« Je ne peux pas rester toute seule, je suis perdue quand je suis seule. »

« Le temps passera et la fin arrivera. »

Pendant un an, jusqu'à son placement en maison de retraite, j'ai passé de grands moments à discuter avec Mme M. quand c'était possible. Et ça l'était assez souvent. Ainsi, j'ai savouré tous les instants de lucidité qui se sont présentés, j'ai essayé de décoder les phrases où des mots imprévus se glissaient, j'ai accepté les moments où Mme M. était complètement incompréhensible, restant présente dans l'attention que je lui portais. J'ai joué le jeu en répondant des dizaines de fois à la même question, jusqu'au moment où

Mme M. s'était assez imprégnée de la réponse pour l'assimiler et pouvait passer à autre chose. Parfois, quand la conversation était embrouillée, pour être sûre d'avoir bien suivi, je lui expliquais ce que j'avais compris de ce qu'elle me racontait, et, si c'était cela, elle avait un grand sourire rayonnant, comme si on avait gagné quelque chose. Mais, si je ne comprenais vraiment pas, je le disais aussi, en insistant sur le fait que ce n'était pas grave, que je continuais à l'écouter, que ça m'intéressait quand même.

Si vous saviez comme le malade Alzheimer se sent fautif de ne plus se souvenir et de ne pas pouvoir exprimer ce qu'il veut ! Comprenez-vous, par exemple, ce que peut souffrir une femme qui a été mère de famille aimante et attentionnée et qui se désespère de ne plus savoir combien elle a d'enfants, ni comment ils s'appellent : assez souvent, elle me demandait leurs prénoms, quel âge ils avaient, quels étaient leurs métiers. Parfois, la connexion se faisait, et, alors, elle était tellement contente de se souvenir : dans ces moments-là, l'effort était positif pour elle. Mais, si elle avait des amis ou de la famille, quelle souffrance à nouveau quand chacun lui demandait si elle se rappelait de lui. Elle avait appris à ruser en répondant oui, mais l'interrogatoire continuait et, très vite, la question à laquelle elle ne savait pas répondre arrivait, et ça l'angoissait à tel point que son dis-



cours devenait vraiment confus. Alors, les visiteurs se regardaient en soupirant et le verdict tombait : « Elle ne comprend vraiment plus rien » Et pourtant, elle était encore capable de raconter certains souvenirs d'enfance, elle pouvait encore avoir un avis sur tout ce qui l'entourait : aimait-elle ces fleurs, ce tissu, cette couleur ? Appréciait-elle ces petits gâteaux, ce sirop à la fraise ?

Écoutez encore ce que je voudrais dire : quand Mme M. ne comprenait pas une phrase, pour-quoi la lui répéter en parlant de plus en plus fort jusqu'à lui crier dans les oreilles, ce qui générerait, une fois de plus, de l'angoisse ? Il aurait parfois suffi de bien articuler en parlant face à elle, ou, le plus souvent, de juste simplifier la grammaire de la phrase : laissez tomber les jeux de mots et le deuxième degré, préférez un vocabulaire simple et des phrases assez courtes, attendez que la première phrase soit comprise avant d'énoncer la seconde... De la patience, toujours de la patience...

Bien sûr, il y aura un stade où le malade Alzheimer ne reconnaîtra plus ni les autres ni lui-même ; mais, à ce moment-là, même quand on constatera que la personne a perdu tous ses repères, toutes ses possibilités de communiquer, n'oublions jamais qu'il reste un être humain à part entière et qu'on lui doit un total respect.

Ceci était donc un appel à la patience... mais n'oublions pas que, pour les familles sollicitées 24 h sur 24, il est quasiment impossible de rester disponible et à l'écoute, d'où l'importance d'être aidé et relayé régulièrement.

Cependant, concrètement, la réalité, c'est le coût trop élevé des services de garde à domicile, et donc l'impossibilité à le mettre en place si la famille n'a pas de revenus importants... Il ne reste alors que la solution de l'institution où, malheureusement, le constat n'est pas meilleur : personnel surchargé de travail et donc encore moins disponible que la famille : éternel problème !

L'exode des savoirs

Françoise Lagabriele

Psychiatre

La formation de médecins en nombre insuffisant dans les pays du Nord, les oblige à faire appel à des médecins venant du Sud⁽¹⁾. On sait comment ils sont traités en France⁽²⁾.

D'autre part, la formation médicale uniformisée sur le mode occidental fragilise les médecins du Sud qui ne peuvent pratiquer chez eux cette médecine : l'absence de moyens matériels, qu'il s'agisse de laboratoires pour le diagnostic, de médicaments ou de conditions d'hygiène est frustrante. Le décalage entre ce qu'ils ont appris et ce qu'ils peuvent accomplir se greffe sur des insatisfactions professionnelles et administratives, l'instabilité politique, les amènent à préférer s'expatrier, soit en répondant à des offres de postes, soit en occupant une autre fonction.

Ceci a une conséquence sur la croissance économique des pays pauvres : selon l'OMS, la meilleure santé est déterminante pour le démarrage économique d'un pays en voie de développement. La raréfaction des médecins, 1 pour 25 000 habitants (en Occident, 1 pour 500) est dommageable en terme de santé publique, à commen-

cer par l'augmentation de la mortalité infantile. Mais cela pèse aussi sur le budget de ces pays : ils dépensent environ 60 000 dollars pour la formation d'un médecin et ne reçoivent aucune compensation de la part du pays prédateur. Tout se passe comme si ces pays subventionnaient l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et l'Australasie pour un montant annuel de 500 millions de dollars.

Par ailleurs, cette formation médicale occidentale provoque une perte des savoirs thérapeutiques traditionnels : fruits d'une longue expérience⁽³⁾, transmis dans un cadre religieux et initiatique, où l'impétrant est amené à faire un travail intérieur aussi grand que celui de l'apprentissage. Et où il maintient le lien avec les besoins et les savoirs de la population qu'il soigne.

-
1. Dominique Frommel « Exode des compétences sans contre-partie », *Le Monde diplomatique*, avril 2002.
 2. Le statut de ces médecins dans les hôpitaux est inique, et ils sont actuellement en grève.
 3. La phytothérapie est un savoir prisé et pillé par les laboratoires occidentaux.

**Liliane Uteu, *Partager les savoirs, construire le lien*, ouvrage collectif, avril 2001
ed. Les Editions de la chronique sociale 7 rue du Plat 69025 Lyon**

Cet ouvrage a été coordonné par Claire Heber Suffrin, cofondatrice avec son époux, du Mouvement des Réseaux d'Echanges Réciproques de Savoirs. Le MRERS, association d'éducation populaire, se veut à la fois mouvement pédagogique et mouvement solidaire de citoyens.

Dans le film de Coline Serrault « La belle verte » comme dans ce livre *Partager les savoirs-Construire le lien*, nous pouvons faire notre « marché planétaire », y trouver des témoignages de personnes jeunes, moins jeunes, de professionnels du social ; y trouver également des analyses et études très techniques sur les réseaux d'échanges réciproques de savoirs. La richesse de ce livre réside dans sa pensée force : chaque être a un savoir que l'autre n'a pas. Quel espoir ! Quelle source inépuisable ! Le printemps arrive, le renouveau aussi : pourquoi pas pour vous ?

Liliane Uteu

MRERS
3 bis cours B. Pascal BP 56 -
91002 EVRY CEDEX 02
courriel : mrers@wanadoo.fr
site : mrers.org

Des richesses qui s'échangent

Une nuit, nous accueillons une femme de 69 ans pour un Œdème Aigu du Poumon (OAP). Devant son épuisement et la lenteur manifeste de sa réponse au traitement médicamenteux, habituellement indiqué, la question thérapeutique se pose pour cette patiente : existe-t-il une alternative à l'intubation ? Un cas me revient alors en mémoire.

Il y a quelques années, face à un OAP résistant, le médecin de garde n'avait pas cédé à son impulsion : sa maîtrise professionnelle et émotionnelle lui avaient permis et dicté de surseoir à l'intubation, tout en observant une surveillance intensive dans l'attente de la réduction de l'OAP. Mon intuition, confortée par cette expérience m'amène à penser que ces deux situations sont peut-être superposables. Je fais part de mes cogitations au réanimateur de garde qui confirme. De fait, l'OAP cède lentement... Le traitement médicamenteux et la surveillance vigilante des divers

paramètres, associés à un accompagnement quasi-constant et à une présence rassurante et calmante ont eu raison de cet OAP grave. Ainsi, le recours souvent nécessaire à l'intubation a pu être évité, grâce au consensus, grâce aussi à la confiance courageuse de cette patiente permettant une collaboration de tous.

Je m'en souviens... parce que s'ancrent plus particulièrement en moi ces moments où peuvent s'exploiter, s'échanger et s'ajouter des richesses nées de l'alchimie entre la longue expérience du soignant et son intérêt porté à l'Autre, sa capacité d'empathie.

Ces savoirs ne s'originent pas dans les livres, même s'ils en font souvent la trame. Ils sont la trace des savoirs de l'humanité et en contiennent toute la beauté et la grandeur dans nos actes soignants.

Arielle Pain

Infirmière de nuit

Dangers

du non-partage

Fabienne Messiaen Pagotto

Cadre infirmier

Oser une fois encore dénoncer, en tant qu'infirmière, ce que ce manque de partage peut entraîner comme risques.

Exemple d'école : la semaine dernière dans mon hôpital.

Une jeune femme, nous l'appellerons Mme G, est hospitalisée dans le service d'oncologie médicale pour une tumeur de l'ovaire, métastases osseuses, hépatiques, cérébrales, envahissement généralisé abdominal, œdèmes, ascite, et surtout douleurs. Douleurs, effrayantes, envahissantes, destructurantes. Rien de comparable à l'appellation médicale d'« exquise » !

L'arsenal analgésique est déployé : patchs de Durogesic® Fentanyl®, Skenan® 1500 mg matin et soir, et depuis janvier, introduction de Kétalar®⁽¹⁾. Deux tentatives de demandes d'accueil en Unité de Soins Palliatifs.

Refus. Raison invoquée ? « Pas assez mourante ». Alors, nous la gardons avec nous, nous la connaissons bien, elle est consciente, son mari vient la voir tous les soirs.

Un soir, son mari exige de voir le médecin, sa femme n'est pas bien.

Le médecin refuse dans un premier temps de se déplacer. Je prends alors le téléphone et le rappelle pour insister. Il accepte de venir parler à ce monsieur inquiet (c'est le privilège de la hiérarchie, une *surveillante* obtient plus du médecin de garde que l'infirmière du service...). Il n'y a, par ailleurs, rien d'écrit dans le dossier médical.

En fait, ce qui s'est passé dans la journée, c'est que pour la quatrième fois (oui, la 4^e fois en

2 mois), on s'est trompé de dosage pour le Kétalar®. Mme G a reçu 3 fois la dose prescrite. Le partage des savoirs... Ne fallait-il pas saisir cette situation grave pour engager une discussion d'équipe sur la manipulation des anesthésiques en analgésie, pour re-sensibiliser le groupe à l'exigence première de l'infirmière qui est de regarder et de lire les ampoules avant d'en prélever quoi que ce soit, de faire venir la pharmacie pour en discuter avec eux (les ampoules à 10 mg et à 50 mg ont la même taille et la même contenance 5 ml), pour partager les savoirs autour de l'histoire douloureuse de cette dame ?

Non, pas de concertation, pas d'information commune, le jour c'est le jour, la nuit c'est la nuit, et pour Mme G ? Ça passe ou ça casse.

Et quand je demande une rencontre entre cadres diurnes et nocturnes pour parler de ce qu'on pourrait faire, on me fait bien sentir que la Direction des soins infirmiers a été informée, que l'erreur est humaine, « que le sort à l'air de s'acharner sur cette pauvre femme » (cadre supérieur de jour !), de toutes façons, elle sort lundi (cadre de jour).

Mais quand osera-t-on enfin réconcilier la science et l'humanité ?

Redonner sa place au malade, place qui va grandir, à laquelle il a de plus en plus droit (accès au dossier médical)⁽²⁾.

Quand les infirmières cesseront-elles d'aspirer à un rôle de médecin parallèle avec leur ambition stérile de diagnostics infirmiers ?



Quand les médecins accepteront-ils de prendre en compte les remarques pertinentes de toutes les personnes qui « gravitent » autour des malades ?

Les médecins, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers, les aides-soignants, les brancardiers, les manipulateurs radios, les diététiciennes, les dames qui font le ménage dans les chambres, les intervenants à domicile, les familles, les médecins de ville, les laboratoires d'analyse, les assistantes sociales, les étudiants - et j'en oublie bien sûr - détiennent tous, autant qu'ils sont, une connaissance de la personne malade, dans des domaines différents. Toutes ces informations devraient pouvoir se rencontrer, s'échanger pour affiner la qualité et la concordance des soins que nous devons être en mesure d'offrir.

Pour terminer ce plaidoyer pour le partage des savoirs entre les acteurs de santé, je ne peux

résister au plaisir (très personnel) de dénoncer encore une fois la vision très militaire de l'usage des transmissions ciblées, gloire de la profession infirmière, avancée incontestée dans l'opérationnel, le gain de temps, la sécurité, la limite des dégâts collatéraux, les économies de papier et de stylos, la réflexion, et l'intellectualisation des soignants.

Il s'agit d'un malade « en fin de vie ».

Journée du 5 au 6 mars.

Pas de cible aujourd'hui.

Partage, vous avez dit partage ? Comme c'est has been !

-
1. Anesthésique général du système nerveux central.
 2. Cette transparence, obtenue par les associations de malades, comporte, à mon avis, un risque : certains médecins hésitent de plus en plus à écrire dans les dossiers médicaux...

La dette ou le prix de nos études

C'est une chance d'avoir pu faire des études de médecine. Mais ces études ont un coût. L'Etat et donc les contribuables ont payé et paient encore pour notre belle université et ils rémunèrent les enseignants. L'Etat a investi en chacun de nous pour nous permettre d'acquérir ce savoir. Bien sûr, il n'était pas seul à payer, ces études ont demandé aux étudiants un effort et un investissement personnel important. Mais, envisageant les choses sous cet angle, il apparaît que d'une

manière ou d'une autre, nous sommes redevables vis à vis de la société de ce que nous avons appris.

Nous pourrions alors imaginer que nos études ne devraient pas nous permettre d'asseoir notre pouvoir. Il nous appartient plutôt de mettre ces connaissances, dont nous sommes dépositaires, à la disposition de ceux que nous soignons. Cela change-t-il la relation aux autres ? Question de point de vue.

Catherine Jung

Médecin généraliste

Tradition et rupture

Sur la transmission des savoirs en médecine

Christiane Vollaire

Philosophe

Toute transmission du savoir suppose des lieux de transit, des lieux où s'opère la transition d'une génération à l'autre. Des lieux qui garantissent la filiation, c'est-à-dire la continuité d'une tradition. Le savoir doit ainsi se figer pour se transmettre, et la transmission le fait à la fois vivre et mourir : ce qui permet sa survie est cela même qui le condamne à la rigidité.

Le savoir médical n'est donc pas ce que Nietzsche appelait un « gai savoir », c'est un corpus doctrinal. Mais ce corpus est lui-même en mutation constante. Déstabilisé, troublé, bouleversé autant que potentialisé par les interactions incessantes entre science et technique. Elles-mêmes à nouveau ébranlées par leur potentialisation informatique, autant au niveau de la gestion des dossiers qu'à celui de la détermination des diagnostics ou de la recherche et de l'évaluation des traitements. Or le lieu de transit du savoir médical est essentiellement l'institution hospitalière, ce qui est la vocation des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : même si l'activité médicale se veut « libérale », son modèle est intégralement institutionnel, tant dans le domaine de la recherche que dans celui de la formation. Parce que l'apprentissage se fait en institution, parce que les filières d'excellence sont institutionnelles, parce que le lieu de l'expérience médicale (dans son double sens de rapport à la réalité concrète des corps et d'expérimentation scientifique) est institutionnel.

Le médecin de ville et son « colloque singulier » (moqué par Foucault), s'ils sont indispensables à l'objectif d'une santé publique, ne sont que l'effet de surface d'une réalité plus profonde, plus constante, plus continue, qui est celle de l'hôpital. Toute pathologie ne s'évalue qu'à l'aune de son devenir hospitalier et ne s'intègre dans un savoir que par ce moyen. Devenir qui déborde en outre largement sa justification pathologique, puisque les deux stades, normaux autant qu'extrêmes, de l'existence, y sont inclus : on naît et on meurt à l'hôpital.

La médecine apparaît ainsi d'abord comme un apprentissage de la séparation : l'hôpital est ce lieu à part, séparé du monde, où les règles de la vie ordinaire sont abolies, où les impératifs culturels de décence, de pudeur ou de respect de l'intimité disparaissent, où les lois qui régissent les relations sociales sont transgressées.

Au sein même de ce processus de séparation institutionnelle, le corps humain fait lui-même l'objet de deux séparations corrélatives : celle de la distanciation (l'étudiant observe un corps que rien ne doit identifier au sien, et dont les dénominations pathologiques sont autant de mentions de la différence), et celle de la réification (le corps observé se présente comme objet d'étude au même titre qu'une plante pour le botaniste ou un insecte pour l'entomologiste).



Mais le corps mis à distance de soi est aussi un corps séparé de lui-même, puisque réifier le corps, c'est le désobjectiver : le séparer du sujet dont il est le corps. L'apprentissage médical fait ainsi entrer le corps dans un processus de désappropriation, et toute la tradition médicale est une tradition de désappropriation du corps, tradition qui considère le corps dans un transit nécessaire par l'aliénation.

D'abord et toujours, le corps est ainsi nécessairement corps étranger ; soit représenté dans le dessin, le schéma ou la photographie, soit nosographié dans le classement ou la détermination quantitative de ses propriétés, soit indéfiniment corps d'un autre distancé (cadavre dans l'amphi ou malade dans le lit).

Foucault montre ainsi, dans *Naissance de la Clinique*, comment l'apprentissage du corps est un désapprentissage de sa spatialisation. C'est-à-dire l'intégration mentale de nouvelles formes de spatialisation, créant un double espace de détermination artificiel, séparé de son espace naturel : l'« espace de configuration » abstrait qui est celui de la représentation classificatoire du corps, et l'« espace de localisation » concret, qui est celui du repérage tactile de ses lieux anatomiques. Ces deux espaces, construits pour l'apprentissage, sont aussi des espaces de reconversion sensible de l'étudiant. Des espaces qui le séparent lui-même de sa perception naturelle du monde, qui le mettent à distance de sa propre sensation.

La médecine est donc prioritairement un apprentissage de la distance, le refus de toute identification : le corps dont je parle ne peut pas être le mien. Je ne peux être détenteur d'une parole médicale que comme désincarné d'un corps médicalisable. Le corps de l'autre ne peut pas être un alter ego et c'est cette rupture qu'il faut apprendre à intérioriser. Elle n'est jamais dite comme telle, elle est seulement censée aller de soi. C'est dans ces multiples intériorisations de la séparation, et dans les représentations qu'elles induisent, que l'intégration du savoir médical n'est pas seulement une forme d'instruction, mais un processus subversif d'initiation ; c'est-à-dire, au sens originel, de désidentification.

Peut-être faut-il alors penser le modèle actuel des CHU dans la dimension corrélativement dynamisante et fixatrice des traditions au confluent desquelles il se trouve. Et pour cela penser l'hôpital lui-même dans la dimension contradictoire de ses finalités.

La tradition hospitalière occidentale est en effet issue du Moyen-Age, puisque l'exercice médical dans l'antiquité gréco-romaine semble ne s'adresser qu'aux particuliers. C'est le sens même du Serment d'Hippocrate, qui fonde en quelque sorte l'exercice libéral de la médecine dans la reconnaissance de ses risques : il s'agit moins de bien soigner, que de garantir les principes éthiques qui permettront que le soin ne soit pas prétexte à la dévastation du milieu privé.

L'institution hospitalière, au contraire, fait disparaître le milieu privé. Or cette disparition du milieu privé est corrélatrice d'une autre mutation : le passage du médecin de l'enclos familial à l'enclos hospitalier est aussi le passage d'une médecine de riches à une médecine de pauvres. Le patient d'Hippocrate a maison, famille et esclaves, il est en mesure d'« honorer » son médecin, de lui offrir en échange de ses soins une compensation d'un ordre ou d'un autre. Le malade de l'hospice médiéval est un indigent et le soigner ne peut donc rien avoir d'honorifique. C'est tout au plus une entreprise de salubrité publique. Foucault le montre, tout lieu de rétention est d'abord un lieu de contrôle. Et Erwin Goffman, dans *Asiles*, présentera les univers de réclusion comme des univers de délimitation, destinés à protéger non pas ce qui leur est intérieur, mais ce qui leur est extérieur.

C'est pourquoi, dans l'organisation médiévale, le savoir noble de la médecine ne se transmet pas à l'hôpital. Le savoir médical est un savoir universitaire, un savoir doctrinal. Il est éclairant, à cet égard, que, dans *Le Conflit des Facultés*, Kant critique corrélativement les facultés de théologie, de droit et de médecine, dont la prétendue « supériorité » ne réside que dans l'affirmation d'un dogmatisme abstrait, d'une position d'autorité.

Du côté hospitalier en revanche, l'œuvre de charité ne peut pas être une œuvre de savoir. Mais ce

n'est pas davantage une œuvre d'équité. Car, pendant que les pauvres sont soignés à l'hôpital, les riches continuent de l'être chez eux, comme au temps d'Hippocrate. L'hôpital n'est donc pas le lieu de la transmission des savoirs scientifiques, mais c'est bel et bien le lieu de la transmission d'une conception binaire du monde. D'un monde qui sépare le corps-objet du corps-sujet, et dont la séparation est d'autant plus éloquente qu'elle recouvre exactement une discrimination sociale. Le corps du pauvre est un corps passif, soumis, objet d'un soin qui est présenté comme entreprise de charité. Il est saisissant de voir au contraire comment le corps du patient, dans le Serment d'Hippocrate, est un corps socialisé, culturel, inscrit dans un milieu et, de ce seul fait, respectable. C'est cette respectabilité que ne peut garantir le système hospitalier, précisément parce qu'elle est liée à la socialisation, et que l'hôpital, par nature désocialisant, s'adresse en outre à des êtres préalablement désocialisés. Le corps objet de charité est un corps précisément désapproprié de son sujet. Il pourra bénéficier, dans le meilleur des cas, de la commisération d'un personnel religieux imbu de ses devoirs chrétiens ; mais il n'est garanti par aucune protection éthique ou juridique.

C'est ce corps désocialisé qui peut devenir un corps expérimental, et il le deviendra par la guerre. Dans les guerres du XVI^e, Ambroise Paré prend conscience que le champ de bataille est un gigantesque champ d'expérience. Le corps du soldat n'est pas seulement un corps qu'il faut réparer pour le rendre fonctionnel, c'est un corps offert au savoir. Un corps pour lequel la chirurgie est d'abord la meilleure méthode de dissection, ou de vivisection.

La guerre offre une foison de corps, sur lesquels on peut apprendre et à partir desquels on peut instruire. Le corps ne peut faire l'objet d'un savoir que par son indifférenciation : chair à canon des guerres pour Paré, chair à contamination des épidémies pour Frascator, chair à dissection des gibets pour Vésale.

Mais cela signifie que le champ d'expérimentation nomade, celui des guerres, des épidémies et des lieux de supplice, doit se sédentariser. L'hôpital de la fin du XVIII^e met en œuvre ce processus de sédentarisation. : il est passé d'une finalité réclusive à une finalité scientifique.

Dès lors, le corps hospitalisé n'est plus seulement un corps dont on protège l'extériorité, c'est un corps instrumentalisé, devenu corrélativement objet de savoir et moyen de savoir. Un corps de l'espèce, par lequel transite le progrès scientifique. Un corps médium, pour lequel l'hôpital est moins un moyen de réclusion, qu'un moyen de fixation du champ d'expérimentation. Non plus le nomadisme des aléas guerriers, épidémiques ou punitifs, mais la fixité, devenue académique, de l'institution hospitalière. C'est cet hôpital qui devient lieu d'apprentissage.

La rupture opérée par la révolution française est à cet égard essentielle. Elle fait fusionner deux formations jusque là séparées et même antagonistes : celle des médecins et celle des chirurgiens. Or cette fusion est décisive, puisqu'elle recouvre celle du savoir théorique et de l'activité pratique. Ce n'est pas seulement la fusion entre deux professions jusque là distinctes, c'est un rééchelonnement des valeurs et un véritable bouleversement des hiérarchies. On n'a plus d'un côté une université théoricienne (celle des





médecins) et de l'autre une corporation praticienne (celle des chirurgiens-barbiers), l'une vouée à la spéculation abstraite et l'autre à l'activité concrète.

De cette inversion des valeurs, qui destitue la spéculation métaphysique au profit de l'activité technicienne, et conditionne la valeur du savoir théorique à l'efficacité de ses applications pratiques, la médecine moderne tire sa puissance effective, son pouvoir d'expliquer le corps et de remédier à ses dysfonctionnements.

C'est précisément la période révolutionnaire qui, en France, cristallise cette inversion des valeurs, la révolution politique produisant une révolution institutionnelle. Et elle la réalise dans le projet de formation qu'elle institue : la création d'écoles de santé incluant médecine et chirurgie dans un triple programme, de cours théoriques, d'exercices de laboratoire et de stages hospitaliers. Et c'est ensuite la période des guerres de conquête napoléoniennes qui va permettre la diffusion de ce modèle en Europe. Mais précisément, la période napoléonienne pervertit, ici comme dans d'autres domaines, le modèle révolutionnaire qu'elle conserve, en réintroduisant, pour désigner les écoles de santé, l'appellation médiévale de Facultés de médecine.

Ainsi, par les contenus mêmes du savoir, leur sélection, ce qu'ils occultent et ce qu'ils focalisent, se transmet une double tradition de la médecine ; son vocabulaire (où demeure une permanence de l'usage du latin et du grec issu de la période médiévale), mais aussi la détermination technicienne qu'elle tire de la période moderne. La technique n'y joue en effet plus le rôle de simple moyen d'application, mais de véritable déterminant idéologique. C'est ainsi que Hans Jonas, dans *Le Principe Responsabilité*, critique ce statut de la technologie comme « vocation de l'humanité », montrant comment il conduit à disqualifier l'« homo sapiens » au profit de l'« homo faber ». Mais le risque de la théorie de Jonas est qu'elle ne critique le discours technocratique qu'à partir d'un point de vue issu du discours théologique, c'est-à-dire, précisément, anti-humaniste.

Or la technicisation contemporaine de la médecine n'est spécifique ni de la période contemporaine, ni de l'activité médicale, dans la mesure où d'une part elle concerne le monde moderne depuis la constitution même de l'humanisme au XVI^e et d'autre part, elle s'applique à tous les champs de l'activité humaine.

La modernité concerne l'humanité dans son devenir prométhéen : volonté, émancipatrice et non aliénante, de se donner à soi-même sa propre fin et de considérer l'amélioration des conditions globales de son existence comme un objectif légitime. Une telle idéologie a orienté positivement non seulement l'intention médicale, mais tous les domaines de l'activité humaine.

Contredire cette intention, qui est l'intention même de l'humanisme, ne peut être que le fait d'un discours réactif de retour à l'intention médiévale de bienfaisance et de charité ; et, en définitive, de soumission de l'humanité à une hiérarchisation théologiquement établie. Cette soumission ayant précisément pour corollaire la dissociation entre savoir et technique.

Les abus de la formation médicale actuelle ne tiennent donc pas à son haut degré de technicisation, mais à ce que celle-ci est mise au service d'une idéologie implicite, qui n'est précisément pas technicienne, mais anti-humaniste ; ou, pour le dire mieux, pré-humaniste. En ce qu'elle maintient, au sein d'une tradition rationnelle, la permanence implicite d'une tradition théologique antérieure, qui intériorise dans le statut médical la conscience d'une sorte de supra-humanité et interdit le processus, humaniste par excellence puisqu'il considère l'humanité dans son universalité, d'identification à l'autre. D'analogie du corps de l'autre à son propre corps et de la maladie de l'autre à son propre devenir.

C'est précisément cette conscience naturelle, d'une forme de distance qui abolit la séparation, qui est à restaurer dans la formation médicale ; à l'encontre autant du discours théologico-hiérarchique de l'œuvre de charité, que du discours technologico-scientiste de l'indifférenciation. Puisque, on l'a vu, les deux n'en font en réalité qu'un seul.

Visages

Petite tante Madeleine

Monique Fontaine - *Médecin généraliste.*

Madeleine a 77 ans. Sa vie n'a pas toujours été facile. Elle était professeur et ses élèves étaient toute sa vie. A 40 ans, elle a perdu sa mère avec laquelle elle vivait depuis toujours. Elle avait une amie avec laquelle elle n'habitait pas, mais qui partageait tous ses loisirs ; elle est morte il y a 5 ans. Maintenant, il lui reste deux grands plaisirs, arpenter la ville et courir les magasins, et le soir grignoter des petites friandises devant la télévision. D'ailleurs, elle a pris récemment quelques kilos alors qu'elle avait toujours eu une bonne hygiène de vie.

Il a donc paru raisonnable de faire un bilan biologique qui a montré un taux de cholestérol « catastrophique » et un taux de glycémie limite. Pour voir l'étendue des dégâts, on a fait un échodoppler des carotides qui a montré des plaques d'athérome « risquant à tout moment de provoquer un accident vasculaire cérébral ».

Depuis, Madeleine vit dans la hantise du fauteuil roulant, suit le régime prescrit à la lettre et dépérit à vue d'œil, elle a déjà perdu 2 kilos.

Toutes ces démarches diagnostiques et thérapeutiques ont l'ambition d'améliorer l'espérance de vie. Celle de Madeleine n'y gagnera rien ni en quantité ni en qualité.

Les migraines d'Aïcha

Catherine Jung - *Médecin généraliste.*

Aïcha est marocaine. Depuis quelques mois, elle a de violents maux de têtes. Plusieurs spécialistes ont été consultés, les examens réalisés n'ont rien mis de particulier en évidence. Le mari d'Aïcha insiste pour que je prescrive une Imagerie par Résonance Magnétique. J'essaie de discuter, cet examen ne me semblant pas indispensable, ni vraiment plus performant que ceux qui ont déjà été réalisés. Il m'explique alors : « J'ai besoin de

cet examen pour être tout à fait tranquille. Je veux être certain que ma femme n'a pas de maladie grave que vous pouvez soigner en France. Si l'IRM est normale, si en France, vous n'avez plus rien à me proposer que des médicaments pour calmer la douleur, alors j'emmènerais Aïcha chez un marabout célèbre pour ces pouvoirs de guérison. » Le mari fait ainsi preuve de beaucoup de bon sens. Il a su prendre ses responsabilités et faire un choix. Il a pu puiser de manière réfléchie dans les savoirs mis à sa disposition sans les hiérarchiser. Et c'est bien plus confortable pour le médecin traitant !

« Vous êtes guérie »

Françoise Ducos - *Musicienne.*

Yvette vient de se casser la main. Rien de grave, à 70 ans, elle a roulé dans l'escalier à la gare et s'est retrouvée aux Urgences. Ce n'était ni pratique, ni indispensable dans son cas, mais d'après l'employé de la gare, c'était mieux pour faire jouer l'assurance du lieu ! Bref, on ne l'a tout de même pas plâtrée le soir même, car l'interne de garde n'a pas réussi à identifier la modeste fracture sur la radio, il n'a pas non plus prescrit quoi que ce soit... Qu'importe, le chef est passé le lendemain et a rappelé Yvette en s'excusant, puis l'a priée de revenir. Yvette a donc été plâtrée et maintenant, elle se demande simplement comment elle va faire face au quotidien. Qui va leur faire les repas à elle et son mari octogénaire ? Personne ne s'en préoccupe... Yvette a trouvé à se faire livrer des repas ; 4 semaines plus tard, elle consulte à une clinique plus proche. La consultation dure 30 secondes, le chirurgien lui fait plier ses doigts deux ou trois fois et lui annonce le prix de la consultation : 30 euros et dans la foulée, « vous êtes guérie ». Il ne prescrit aucun antalgique et ne parle pas du temps qui reste à passer avec une douleur et des difficultés au quotidien. Où est passé le vrai savoir ? Où est passé le vrai médecin ?

Le silence du savoir

Comment mon savoir médical intervient-il dans ma vie personnelle ? Je partirai d'une situation, celle de l'accouchement pour aller à une autre, la mort, toutes deux éminemment communes au genre humain. Ce sont des « passages » et ils sont de l'ordre du « sacré », là où la science reste muette.

Au début des années 50, mon passage en obstétrique fut « instructif » : tout ce qui concerne le savoir enseigné ex-cathedra m'a passionné. Mais la découverte de la naissance, lors des gardes, fut un bouleversement d'une intense émotion chaque fois renouvelée et très personnelle. J'entrais dans le climat paradoxalement misogyne de la salle d'accouchement, au milieu d'une cacophonie d'injonctions énergiques, de remontrances, de cris auxquels le nouveau-né devait ajouter le sien signifiant son entrée dans le monde « aérien » !

Quelques années plus tard, j'arrive dans une ville universitaire, je choisis un accoucheur dont les cours étaient « les moins sexistes », pour me rendre compte que je n'étais qu'« un abdomen dans lequel il se passait des choses qu'il maîtrisait parfaitement ». J'ai pour habitude de taire ma formation médicale, pour « tester » la qualité de la relation/communication : elle fut sommaire et j'ai réalisé, en situation, combien ma perception d'étudiante dans un suivisme semi-aveugle, était loin de ce que vivaient les femmes enceintes. Je découvrais le monde de l'enfant imaginaire, avec parfois des bouffées d'angoisse, dont je n'avais jamais entendu parler. Ce fut un temps secret de découverte, d'étrangeté, d'interrogations jusqu'à l'accouchement.

Je m'étais promise de rester « digne » afin de ne pas encourir les sarcasmes. Je m'étais préparée mentalement pour une bonne dizaine d'heures de travail normal. Je suis arrivée à la clinique satisfaite de mes contractions de bonne qualité, à mon avis ! Las, on commençait à intervenir médicalement pour raccourcir ce temps physiologique. L'effet ne s'est pas fait attendre : contractions en sèves à vous faire d'autant plus perdre le souffle et la sérénité que personne n'était là pour surveiller. Par très fugitifs instants j'arrivais à me demander comment l'enfant supportait ce paroxysme de contractures, mais j'avais trop à lutter pour garder un contrôle... Le reste, toute femme ayant accouché connaît ! Rien à voir avec des approches « haptonomiques » !

Dans cette histoire, mon savoir universitaire a été de peu d'utilité et tout ce que m'a apprise cette expérience, ce qu'elle m'a fait saisir de l'inhumanité médicale et hospitalière, m'a ancrée définitivement dans ma façon d'être médecin et amenée à travailler autrement, en particulier en maternité.

De la mort, l'autre « passage » de l'ordre du sacré vers lequel je m'achemine, le savoir médical ne peut me dire grand'chose et l'aide qu'il pourra m'apporter sera de me soulager au niveau de la douleur, pour me permettre d'affronter un inconnu sur lequel les diverses religions, de tous les temps, incitent à réfléchir. On ne peut le faire qu'avec un psychisme non obscurci et paralysé par la souffrance. La médecine est à même de soulager mon corps, mais combien d'années a-t-il fallu pour qu'elle s'en préoccupe ? Les structures d'accueil parfois nécessaires sont rares : y aurai-je accès afin de me préparer à mon départ dans la paix ?

Françoise Lagabriele

Psychiatre

Un savoir qui prend corps

Elisabeth Maurel-Arrighi

Médecine généraliste

Il est des symptômes qui me fatiguent d'avance, dès le début de la consultation, tant est longue la liste de ce à quoi il faut penser. Par exemple, les sensations de vertiges. Cela peut cacher tant et tant de choses, le cœur, les oreilles, la tête, etc., parfois graves, parfois simples, parfois compliquées.

Et pourtant, il faut bien y aller, mettre en œuvre le savoir médical à la recherche du diagnostic, imaginer les stratégies thérapeutiques et supporter les errances diagnostiques. Et là, on voit combien le temps, si on s'en donne les moyens, améliore le savoir. Car depuis peu, les vertiges me fatiguent moins. C'est, je crois, depuis que j'ai pu me réapproprier consciemment le savoir acquis grâce à des années de lectures, réunions de travail en commun avec des collègues, dans mon association de formation médicale continue (indépendante des laboratoires pharmaceutiques), de discussions au sein du comité de rédaction, d'expériences et de vie tout simplement. J'ai pu réaménager deux des étapes de l'examen clinique, l'épreuve de Romberg et la manœuvre d'Hallpick.

Le Romberg consiste à rechercher une déviation de la marche, une marche en étoile, qui révèle une atteinte des centres neurologiques de l'équilibre, quand on demande à une personne de faire

plusieurs fois, yeux fermés, trois pas en avant et trois pas en arrière. Classiquement, le médecin observe, bras croisés et attend que le patient trébuche. Un jour, j'ai reçu un vieux monsieur très insécurisé, à la démarche tellement chancelante qu'il paraissait impossible de lui demander de marcher yeux fermés et donc de savoir si sa démarche ébrieuse était due à l'appréhension ou à une anomalie neurologique. Alors la seule manière d'y arriver, ce fut de lui prendre et donner les mains, les yeux dans les yeux, lui avançant, moi reculant et rythmant nos pas à voix haute, un, deux, trois. Puis de lui demander de continuer seul, yeux ouverts, et seulement ensuite yeux fermés. Evidemment, tous les deux, cela nous a mis de bonne humeur, comme si mon bureau tout à coup se remplissait de jeux de marelle, de comptines d'enfance et de souvenirs de bal. Et mon patient, bien sûr, il chavirait moins. Depuis, à chaque fois que je reçois des patients vraiment instables, je fais ainsi, à la fois pour élucider un peu la nature du trouble et contribuer à rassurer le patient.

De même, dans le bilan des vertiges, depuis une dizaine d'années, on a identifié une nouvelle cause, le déplacement des otolithes, microcristaux qui formeraient une sorte de culbuto dans l'oreille interne. En cas d'anomalie, la manœuvre



d'Hallpick consiste à secouer latéralement et d'un mouvement brusque le patient pour en même temps déclencher les vertiges et remettre les cristaux à leur place. Il s'agit de se mettre bien en face du patient assis les pieds ballants sur le lit d'examen, de tenir de la paume de la main le visage au niveau de l'oreille et de lui imprimer de l'autre main au niveau du bras opposé un mouvement latéral de bascule. Et lorsque cela déclenche la crise de vertige, je propose au patient de me secouer, pour bien sentir le mouvement et pouvoir ensuite apprendre à quelqu'un de son entourage comment se faire secouer. Je ne suis pas complètement sûre que cette nouvelle entité pathologique ne soit pas un effet de mode médicale, car je n'ai retrouvé ce « diagnostic » que chez des personnes émotives, très bousculées par la vie. Mais j'adore faire cet examen, car je lui trouve des vertus quasi magiques. Cela fait sérieux, mais surtout ce corps à corps fait d'une main qui protège et d'une main qui pousse symbolise pour moi la relation de soin

où il s'agit de s'interposer contre la maladie et le malheur et de faire crédit au patient qu'il peut aller de l'avant.

J'imagine que tous les soignants qui aiment leur métier peuvent raconter des histoires analogues pour illustrer ce qui est au creux de la mise en œuvre des savoirs en médecine. Une alchimie tissée de différents éléments, de savoir universitaire, de modestie, d'engagement, de plaisir ludique de la découverte, où la sollicitude mobilise le cognitif, où la démarche diagnostique et thérapeutique sont intimement liées, où le savoir s'incarne et soigne en même temps, où il s'ancre dans la question du lien et du sens.

Et c'est peut-être cela, mobiliser nos savoirs en médecine, « réécrire la médecine », comme nous le formulions, il y a 25 ans à la naissance de la revue, c'est chercher avec le patient une explication à ses troubles, un traitement concret et faisable, mais aussi inventer avec lui un sous-titrage symbolique et imaginaire à ses questions existentielles.



Intime conviction

Sylvie Lagabriele

Juriste

Qu'est-ce qui fait ma décision ? Quel en est le moteur et le fondement ? La réponse de la juriste que je suis à ces questions tient en trois mots : mon intime conviction. Mais cette intime conviction quelle est-elle ?

Le droit, qui a d'une certaine façon un peu confisqué la notion, n'est pas très secourable sur la question.

Les dictionnaires juridiques en donnent une définition « mécanique ». Ainsi l'intime conviction est-elle l'« opinion profonde que le juge se forge en son âme et conscience et qui constitue, dans un système de preuves judiciaires, le critère et le fondement du pouvoir d'appréciation souveraine reconnu au juge du fait » ; elle est aussi le « jugement personnel que la loi prescrit au juge pénal, aux jurés et au juge civil d'établir par eux-mêmes avec raison, dans la sincérité de leur conscience, à partir des preuves qui leur sont proposées ». L'article 353 du Code de procédure pénale, plus « démonstratif », fait obligation au président de la cour d'assises, avant que la cour se retire pour délibérer, de lire l'instruction suivante : « la loi ne demande pas compte aux juges des moyens par lesquels ils se sont convaincus, elle ne leur prescrit pas de règles desquelles ils doivent faire particulièrement dépendre la plénitude et la suffisance d'une preuve ; elle leur prescrit de s'interroger eux-mêmes dans le silence et le recueillement et de chercher, dans la sincérité de leur conscience, quelle impression ont fait, sur leur raison, les preuves rapportées contre l'accusé, et les moyens de sa défense. » La loi ne leur fait que cette seule

question, qui renferme toute la mesure de leurs devoirs : « Avez-vous une intime conviction ? »

Certes. Mais encore ?

Généraliser sur l'intime est sans doute présomptueux. L'intime conviction est une conviction singulière, dans toutes les acceptions du terme, aussi ne puis-je ici en dire que ce qu'elle est pour moi. Je retiendrai de ces préliminaires juridiques (et un peu indigestes) quelques mots : s'interroger, raison, sincérité, conscience.

Dans ces mots pris ensemble je lis ceci : pas d'intime conviction sans interrogation honnête des faits, ce qui suppose, d'une part, une absence de parti pris, de prendre la mesure d'une situation comme un corps et la traiter dans son ensemble, et implique, d'autre part, une présence aux autres et une forme de recul intime. Mon histoire n'a pas à intervenir. Les faits seuls doivent vibrer. Ma tâche n'est pas de les comprimer, les restreindre à un schéma préconçu mais de les reconnaître et leur donner leur place dans le cadre juridique qui m'est donné. Mon intime conviction est au bout de cette alchimie bizarre où mon savoir et les faits se concilient, se posent et où je me sens juste, au sens musical du terme.

Mon intime conviction résulte de la mise en écoute de mon savoir. Ma formation, mes connaissances théoriques y participent moins que ma curiosité, tout du moins dans la phase analytique de la situation.

Je ne crois pas le juriste si différent en cela du médecin. Ce qui nous sépare est sans doute le temps plus compté au médecin qu'au juge.

Vive le dissensus constructif !

Claire Gekiere

Psychiatre

Il est des pays où le savoir a le droit d'être pluriel, où les conférences de consensus servent justement à admettre la pluralité des savoirs et des décisions possibles. C'est l'esprit qui a animé la conférence de consensus belge de 1998 sur le traitement des troubles schizophréniques⁽¹⁾ (terme qui renvoie à la variété clinique de troubles sans définition univoque).

A chaque question, étaient mentionnées côte à côte les deux propositions contradictoires différentes, jugées recevables par les participants, avec le nom et le lieu d'origine de l'expert partisan de l'une et l'autre thèses. Par exemple, sur l'existence ou non de symptômes spécifiques de prémices à la schizophrénie, à dépister et à traiter. De même, sur la durée ponctuelle ou continue de la prise en charge psychopharmacologique en cas de schizophrénie chronique. De plus, était explicité aussi le dilemme éthique auquel les soignants sont confrontés face à un patient non dangereux qui refuserait des soins, entre le devoir éthique de soulager la souffrance et le respect du droit à l'auto-détermination. Les recommandations furent de notamment conseiller « que les soignants essaient de maintenir un contact avec le patient psychotique (...) une équipe multidisciplinaire et spécialisée est nécessaire, susceptible de se déplacer sur le terrain et d'intervenir dans le milieu de vie du patient (« assertive out reach »). A partir de là, la liberté d'accepter ou non l'offre de soins appartient au patient. »

Le comité d'organisation a élaboré treize questions sur quatre thèmes : prémices de la schizophrénie, premier épisode aigu, prise en charge à long terme et prévention (facteurs génétiques, environnementaux et développementaux), auxquelles a répondu

un jury de vingt-trois membres dont plusieurs non spécialistes (8 psychiatres, 2 généralistes, 3 assistants sociaux, 2 infirmiers, des représentants de patients⁽¹⁾ et de familles⁽²⁾, 2 psychologues, 1 journaliste, 1 animateur et 1 philosophe), sur le mode de « constatations » suivies de « recommandations » - ce après avoir lu et entendu 2 experts reconnus pour chaque question, souvent d'avis contraire, et tous étrangers à la Belgique.

L'effet est décapant, très instructif, et beaucoup plus stimulant pour la réflexion que la conférence de consensus française (1994), pourtant déjà intéressante par la qualité de certaines contributions.

A part pour l'évaluation de la psychanalyse et la place de la « psycho éducation », les réponses ont été élaborées à l'unanimité ou la quasi majorité du jury, tout en prônant des mesures précises, notamment en types de moyens à promouvoir ou de traitement déjà connu à utiliser.

Les psychothérapies, les relations avec la famille, l'hypothèse génétique... sont aussi abordées, mais tous les débats sans incidence directe sur la prise en charge (et notamment les querelles étiologiques) ont été écartés.

Plusieurs des contributions d'experts sont passionnantes, comme l'article du Dr C. ROSS affirmant qu'aucune base génétique de la schizophrénie n'a été établie scientifiquement.

Deux lectures possibles : ne lire que ce qui conforte sa propre opinion, ou confronter les points de vue dans un cadre méthodologique satisfaisant. Je recommande la deuxième proposition, qui vous est rarement offerte.

1. Michel de Clercq et Joseph Peusken (Eds). *Les troubles schizophréniques*, 554 p., collection Oxalis, De Boeck Université, 2000. ISSN 0777-527 X. ISBN 2-8041-3134-3.

Intervision :

partage de savoirs, partage du doute

Martine Devries

Médecin généraliste

L'intervision, c'est une histoire belge : dans les années 90, les professionnels des maisons médicales suivaient des toxicomanes, alors que les toxicomanes français ne poussaient pas encore la porte des cabinets médicaux : ils étaient suivis, lorsqu'ils l'étaient, par des éducateurs, ou des psychologues. En 1996, vint le Subutex en France : les médecins généralistes furent sollicités pour prescrire cette molécule⁽¹⁾ et les pharmaciens pour la délivrer. On peut dire qu'ils n'y connaissaient rien. Certains se formèrent⁽²⁾. Très vite est apparu pour eux le besoin de se concerter à propos des patients suivis, tant les questions étaient nombreuses : quelle confiance accorder, quelles exigences avoir, quelle attitude avoir dans le cas de non-respect des engagements, est-ce acceptable de maintenir le traitement dans telle et telle condition... Le patient pensait avoir un grand savoir sur les « produits », ce qui lui va, ce qui ne va pas, ce qui calme, ce qui défonce, ce qui arrache. Il a le vocabulaire. Les éducateurs en connaissaient déjà un bout. Les médecins et pharmaciens apprenaient les propriétés, les contre-indications du Subutex, mais étaient dépassés par les pratiques et les discours. La nécessité d'un cadre fut posée dès l'introduction du Subutex, mais tenir le cadre n'est pas à la portée d'un professionnel isolé et la cohérence des différents professionnels qui suivent le même patient est indispensable, à la fois pour être thérapeutiques, et tout simplement pour survivre. Et ainsi, depuis 1996, ont lieu régulièrement ces réunions d'intervision dans différentes villes de la région, regroupant des professionnels libéraux⁽³⁾ et salariés des

centres de soin. Les échanges sont centrés sur le patient, chacun pouvant amener, dans le respect de la confidentialité, ce qu'il sent, ce qu'il pense et ses questions. Dans certains cas, des décisions « collectives » sont prises, sur les modalités du traitement, ou son interruption. Souvent c'est la réflexion commune qui permet à chacun de modifier sa position personnelle dans la relation à son patient. C'est aussi un lieu d'échange et de formation, certains étant plus familiers avec ce public, d'autres ayant une connaissance différente : je pense à l'apport spécifique du médecin du travail, ou du médecin chargé des injonctions thérapeutiques. Le regard du pharmacien se révèle précieux : le plus proche du patient, car quotidien, et sa place parfois très inconfortable lorsqu'il se trouve face à une prescription dont les modalités ne lui semblent pas raisonnables.

Pour moi, ce qui fait la richesse et l'originalité de ces rencontres, c'est le partage du doute. En ce domaine, il n'y a pas de recette, pas de certitude, tout au plus des repères. Cette situation, qui pourrait être intenable, s'avère en réalité passionnante, probablement parce que c'est l'occasion de créer des liens à la fois chaleureux et polémiques entre les participants, tous soignants dans la ville.

1. Subutex, buprénorphine haut dosage, analogue de la morphine, supprime le « manque » chez les personnes dépendantes de l'héroïne.

2. L'association Généralistes et Toxicomanes, 267 rue Solférino, 59000 Lille. Tel : 03.20.52.35.25
site Internet : asso.nordnet.fr/gt-nord.

3. Rémunérés par l'association, elle-même financée par le FAQSV (fond d'amélioration de la qualité des soins en ville) et par différentes subventions.

Du devoir d'information au besoin de croire

Il n'y a pas si longtemps, la médecine était sur un véritable piédestal : si le pouvoir médical était contesté par quelques-uns, il était à la fois adulé et respecté par le plus grand nombre. Les promesses d'une médecine triomphante et quasi messianique s'accompagnaient de l'aspiration à ce qu'elle s'exerce de manière quelque peu éthérée (paradisique ?) loin des basses contingences matérielles. D'autant que s'appuyant plus ou moins explicitement sur un postulat qui pourrait s'énoncer ainsi : « la maladie est dans le corps et elle vient d'ailleurs », elle sous-entendait à la fois l'absence totale de responsabilité du malade et la non moins totale compétence du médecin. Le patient ne connaissant ni son corps, ni les maladies ni les traitements qui peuvent en venir à bout, il devait se soumettre au soignant, détenteur exclusif du Savoir, un peu comme un enfant bien élevé qui a tout à gagner à suivre la voie du père.

C'était la Superbe médicale fondée sur une réelle complexité qui fascinait le plus grand nombre même si elle laissait sur le carreau des millions de « chroniques » (soignés mais pas vraiment guéris), de « fonctionnels » (patients mais pas vraiment malades), de « médecine-douce » (croyants mais pas vraiment de l'idéologie offi-

cielle). Sans parler des réticents, particulièrement sensibles aux risques iatrogènes, des psy (le corps est langage), des politiques (comment ne pas être malade dans un tel monde), des sceptiques ou des opposants (c'est la médecine qui rend malade).

Aujourd'hui, la sur-médiatisation des prouesses comme des dérapages médicaux et la tentation de judiciarisation croissante de ces derniers d'une part, les contraintes économiques d'autre part confortent sinon une suspicion, du moins une volonté de questionnement et d'évaluation d'un corps médical dont le contrôle des activités n'est plus aussi tabou que par le passé. Dans ce contexte, même si certains en discutent encore la légitimité et la pertinence, l'exigence de « qualité » et d'information est naturelle et probablement irréversible. Elle est également souhaitable ne serait-ce que parce qu'elle rappelle que la médecine fait partie de la vie en général et de la vie sociale en particulier.

Les patients deviennent des usagers, voire des clients, en tout cas adultes exigeant d'être traités comme tels, d'autant qu'ils ont accès à l'information médicale parfois mieux que le médecin lui-même. Ne trouve-t-on pas quantité de magazines, de livres, de dictionnaires souvent de haute

Eric Galam

Médecin généraliste

*Il a publié
Infiniment médecins
Editions Autrement,
février 1996*

Repères
30, boulevard Ornano
75018 Paris
Tél : 01 42 62 29 74
Fax : 01 42 62 02 61



qualité sans parler des émissions de télé ou des sites Internet ? Alors de quelle information est-il précisément question puisque le Savoir est accessible à qui veut bien le chercher ?

Loin d'être aussi carré que dans les magazines, le savoir médical est flou et incertain car de nature statistique. Même si la médecine est une discipline partiellement scientifique, même si se développe tout un courant de « médecine basée sur les preuves », nous sommes encore loin de disposer d'études aussi rigoureuses qu'il le faudrait pour apprécier l'intérêt ou non de tel ou tel examen ou répertorier les pourcentages de risques de tel ou tel effet indésirable dans une prescription ou un acte technique donné.

La pratique médicale s'appuie sur ce qu'il faut bien appeler une prise de risque. Loin d'avoir la précision du scalpel et l'assurance du scanner, la démarche médicale reste forcément probabiliste, parfois même contradictoire... en un mot impure. L'une des fonctions du médecin n'est-elle pas justement de voiler et d'assumer cette incertitude pour apaiser l'angoisse de l'autre par le spectacle de son apparente assurance ? Vous le voyez énumérer tous les effets indésirables possibles de chacune de ses prescriptions, donner force pourcentage, évoquer toutes les hypothèses face à tel ou tel examen ou attitude qu'il propose, faire part de ses hésitations, de ses doutes...

De plus, le savoir n'est pas exhaustif ne serait-ce que parce qu'il est évolutif en fonction des connaissances et des pratiques médicales du moment et du lieu. On n'opère plus aujourd'hui les calculs vésiculaires qui ne donnent pas de symptômes. On n'embête plus les grands-mères qui ont trop de cholestérol comme on le faisait il n'y a pas si longtemps.

Heureusement, le médecin n'est pas qu'un docteur capable de comprendre le langage de la maladie et de le connecter à celui de la médecine. Il sait aussi utiliser l'expérience clinique issue de sa pratique professionnelle pour réintroduire les symptômes spécifiques et singuliers présentés

par le patient particulier qui est en face de lui dans des tableaux plus ou moins précis et complets, mais toujours généraux. Il transforme ainsi des éléments pertinents et significatifs pour un individu donné en signes « vrais » au caractère plus ou moins universel. Dans le même temps, il relativise son savoir théorique et général par son expérience : il articule le général et le particulier, habitué qu'il est à accompagner les individus qui souffrent ou se plaignent. C'est par sa compétence humaine qu'il peut enrichir et relativiser le savoir théorique dont il dispose pour le transformer éventuellement en une information à transmettre. Ainsi la part de savoir et d'expérience est-elle évolutive pour chaque médecin, charge à lui de réactualiser ses connaissances aussi sérieusement qu'il renforce son expérience.

Car le savoir s'insère dans un échange. Chacun de nous est malade à sa façon. Chacun ressent plus ou moins intensément son affection selon des critères qui dépendent de sa maladie, mais aussi de sa personnalité et de son histoire. Chacun est plus ou moins coopérant, dépendant, exigeant, plus ou moins demandeur d'exams et de traitements incisifs, d'information. L'échange d'information entre médecin et patient fait partie intégrante de l'acte médical qui s'inscrit, faut-il le rappeler, dans une rencontre humaine. Le médecin n'interroge-t-il pas son client sur les raisons de sa visite ? Ne lui demande-t-il pas de manière insistante les caractéristiques de ses troubles (ça vous gratouille ou ça vous chatouille ?) ? Ne lui demande-t-il pas, en quelque sorte de lui faire part de son savoir vécu sur sa maladie ? Alors, pourquoi le patient n'aurait-il pas droit à savoir ce qu'on va faire de lui ? Pourquoi aussi n'aurait-il pas accès, au moins en partie, au vécu du médecin ? Même si la proportion de vécu et de savoir est différente chez le médecin et chez le patient, ces deux aspects sont présents de part et d'autre.

La manière d'utiliser et de négocier l'échange de savoir et de vécu entre médecin et patient reflète



leur relation et les modifie l'un et l'autre, celui qui donne comme celui qui reçoit.

Comment les patients assumeront-ils l'incertitude et les risques du savoir ? Comment les médecins se débrouilleront-ils avec leur « ignorance » et leur humanité dévoilées ?

Les médecins font entrer les gens dans la maladie ou le handicap, ils accompagnent les difficultés de la vie, aident les uns à mourir, les autres à enterrer leurs morts... Ils incarnent à la fois le bien qui terrasse, le « mal » nécessaire aux soins, et le « mal » qu'ils combattent : pas étonnant que leur image soit ambivalente.

Ils travaillent toujours à la fois dans l'impureté et dans une forme de « jeu » où ils doivent faire semblant qu'ils en savent bien plus que ce qu'ils savent vraiment. Tout le monde leur sait gré d'assumer cette part de responsabilité quitte à le leur reprocher si les choses ne se passent pas comme il le faudrait. Adulés lorsqu'ils sauvent, ils peuvent être détestés s'ils ne sauvent pas. Lorsque survient la mort, l'intolérable maladie qui résiste, beaucoup peuvent leur en vouloir d'avoir trahi le mythe, tant est parfois forte la tentation de leur faire porter le chapeau.

La médecine étant toute puissante, si elle ne gagne pas, c'est à cause du médecin qui est mauvais. Et alors, le « mythe » juridique vient faire écho au mythe scientifique et leur tomber dessus comme la foudre du ciel. Allez donc parler un langage tout en subtilités au juge : la loi c'est la loi.

En fait, il semble s'agir moins de demander des comptes à la Médecine que d'être vigilant par rapport aux médecins. Comme s'ils étaient seuls responsables de tous les échecs, dérapages ou erreurs. On se focalise sur les individus sans oser même penser que leur pratique est peut-être liée à ce savoir même qu'on leur enjoint de nous transmettre. Personne ne remet en question le caractère universellement positif de la médecine. Ainsi, même lorsqu'il est question d'économies de santé, les différents décideurs prennent un

soin touchant à ne pas critiquer le savoir médical. Et on assiste paradoxalement à une conception hypertrophique et totalisante du savoir, parfois érigé en dogmes, résumant l'acte médical, et s'imposant au médecin dans une rigueur de plus en plus extrême tout en se dévoilant aux patients dans une non moins extrême transparence. Si le Savoir est rassurant, la confiance l'est encore plus : quel est le degré de transparence qui conforte la confiance sans l'altérer ? Car le besoin de savoir ne peut remplacer totalement le besoin de croire, c'est-à-dire de ne pas savoir. Et le pouvoir de soigner du docteur dépend aussi, pour une bonne part, du caractère secret et sacré de sa pratique : déshabillez le médecin, il ne sera pas complètement nu mais y croirez-vous encore ? C'est en fait là la vraie question : si l'on veut savoir, il faut prendre le risque d'être surpris, déstabilisé, voire inquiété. Le voulons-nous vraiment ?

On ne peut pas à la fois faire descendre le médecin de son piédestal et exiger qu'il y reste, lui demander tout et son contraire dans une attitude quelque peu « adolescente ». Si on promulgue de contraignants textes de loi l'obligeant à informer ses patients et à prouver qu'il l'a fait, on ne peut pas exiger de lui qu'il fasse comme s'ils n'existaient pas, sous prétexte que ça altère la relation. Il faut aussi reconnaître les besoins et les difficultés des médecins. Même s'ils sont habitués à articuler les contraintes, on ne peut pas leur demander de continuer d'être doctes, parfaitement accessibles, de faire des économies, de l'épidémiologie, de l'informatique, d'appesantir leur responsabilité, sans accepter sa propre part d'une responsabilité qu'il s'agit de partager.

Même si le médecin doit être utilisé, et, par conséquent, évalué comme un outil, il incarne un outil particulier et il faut se garder de remplacer la chosification du patient par celle du médecin. Face au patient soumis, le médecin pouvait bien, effectivement aspirer à n'être qu'un technicien interchangeable : devant un corps machine,



il était aussi un soignant-machine. De même, choisir son médecin comme on le ferait d'une voiture, risque fort de transformer les malades en simples usagers, transformant par là même leur souffrance en paramètre purement objectif, et évacuant ainsi toute la richesse de la rencontre humaine qui sous-tend l'acte médical.

Si nous voulons que le recours aux médecins ne nous empêche pas de rester des hommes, il nous faut aussi que ces derniers restent eux-mêmes

humains, en face et avec nous. Si nous voulons que nos médecins soient fiables, il faut peut-être aussi accepter d'eux qu'ils soient des êtres humains, c'est-à-dire aussi qu'ils soient faillibles. Et ce n'est pas une mince affaire.

De l'évolution en cours, notre société et sa médecine sortiront d'autant plus grandies qu'elles accepteront d'être adultes l'une vis-à-vis de l'autre et d'abandonner ainsi certains des mythes qui les rassuraient et les neutralisaient à la fois.



Information = Pouvoir

La circulation de l'information est une obsession à Act Up-Paris. Un de nos leitmotivs est « Information = Pouvoir ». Cette équation est devenue le titre d'une collection de brochures. La plupart des associations de malades assurent un travail de vulgarisation de l'information médicale. Mais le plus souvent, cette vulgarisation est assurée par des spécialistes, médecins ou chercheurs. Le point de vue des malades n'est exprimé qu'au travers de « témoignages » individuels. La lutte contre le Sida a apporté quelque chose de nouveau, à savoir la diffusion d'une information experte et scientifique, au-delà de la seule force du témoignage individuel, bref une information assurée par les malades, pour les malades. C'est particulièrement vrai à Act Up-Paris. La production et la diffusion du savoir est avant tout le fait des personnes atteintes, qui, sans formation médicale classique, revendiquent pourtant le statut d'« experts » de leur maladie. Après treize ans d'existence, ce statut est aujourd'hui partiellement reconnu par les institutions publiques ou l'industrie pharmaceutique. Cette reconnaissance a une histoire, que nous ne raconterons pas ici. Nous nous contenterons de décrire comment fonctionne, aujourd'hui, la production et la diffusion de l'information médicale.

La production d'un savoir spécifique et militant

Act Up fonctionne en groupes de travail, les commissions, chargées d'une thématique précise. La commission « Traitements et Recherche » est une des plus anciennes. Ses membres, entre 15 et 20 environ, se réunissent deux fois par mois. Ils

assurent le travail de production et de diffusion de l'information. Ce savoir, nous allons le chercher, de façon très classique : en nous abonnant à des revues spécialisées, en nous rendant à des conférences internationales, par des rendez-vous auprès de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche contre le Sida) ou de laboratoires pharmaceutiques. La commission travaille en étroite collaboration avec d'autres associations (Aides, Sida Info Service, etc.) dans le cadre du TRT-5, groupe interassociatif spécialisé dans les questions thérapeutiques.

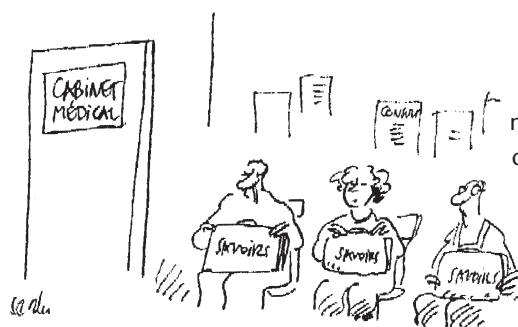
Le champ des connaissances est très vaste et ultra spécialisé. Il faut le répéter : la plupart d'entre nous n'ont pas de formation scientifique à la base. Il s'agit donc bien d'intégrer, rapidement, des éléments qui nous sont au départ parfaitement étrangers. Pour aider les « nouveaux » qui souhaitent travailler sur ces questions, une formation de base sur le VIH et ses mécanismes est assurée deux fois par an par les « anciens ». Mais à Act Up, ce savoir « institutionnel », ses défauts et ses lacunes sont systématiquement confrontés à notre expérience individuelle. C'est de cette confrontation que naît véritablement l'information que nous diffusons ensuite.

Prenons un exemple : en janvier 1999, nous sommes sollicités par deux hommes d'une trentaine d'année, qui prennent des traitements depuis très longtemps et qui enchaînent des fractures spontanées de la hanche ou des membres, sans que leur médecin VIH ne s'en inquiète outre mesure. En cherchant un peu, nous découvrons une étude américaine, restée confidentielle, qui tend à montrer une forte prévalence d'ostéopo-

Act Up

Act Up

Paris BP 287
75525 PARIS Cedex 11.
Répondeur : 01 48 06 13 89
Fax : 01 48 06 16 74
Site web : www.actupp.org
Mail : contact@actupp.org
(informations générales)
actrait@actupp.org (informations thérapeutiques)
Réunion hebdomadaire tous les mardis, hors vacances scolaires, aux Beaux-Arts Amphithéâtre des Loges
14 rue Bonaparte
75006 PARIS.



rose chez des hommes lourdement traités. Aucune étude sur ce sujet n'existe en France, le problème n'est même pas posé. Nous décidons de mener notre enquête auprès des services hospitaliers parisiens, et, en un mois, nous recensons une dizaine de cas d'ostéoporose chez des hommes séropositifs. Nous alertons donc les lecteurs de notre revue médicale,

Protocoles, de la possibilité d'un effet indésirable à long terme, les troubles de la masse osseuse, et nous les invitons à dépister ces problèmes pour mieux les prendre en charge. Parallèlement, avec d'autres associations de lutte contre le Sida, nous demandons aux pouvoirs publics (Agence du Médicament, ANRS, etc.) des enquêtes sur ces troubles. Aujourd'hui, les ostéoporoses sont reconnues comme un trouble possible lié aux antirétroviraux et sont prises en charge par la Sécurité sociale.

On le voit donc : nous ne nous contentons pas de vulgariser le savoir scientifique. Nous le confrontons avec nos propres expériences, qui valent expertise. Nous produisons ainsi une information qui est à la fois spécifique, car issue du point de vue des malades, et militante, car elle incite les acteurs du « savoir institutionnel » à étudier des problèmes peu ou pas connus.

La diffusion

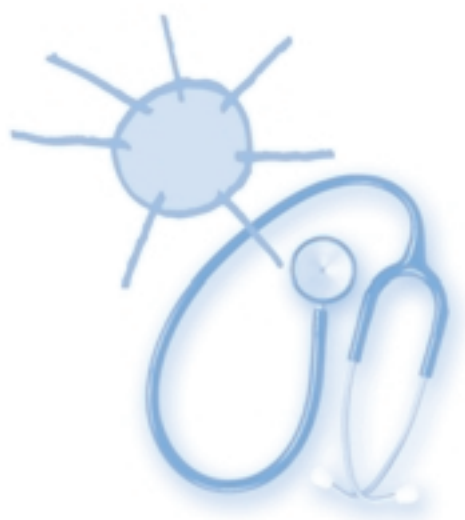
L'échelle minimum de diffusion de ce savoir est celle de l'association. L'activité de la commission Traitement et Recherche fait l'objet de comptes-rendus écrits systématiques. Elle peut aussi faire l'objet de débats au cours de notre réunion hebdomadaire. Mais cette échelle est évidemment insuffisante. C'est pourquoi nous avons mis en place tout un dispositif visant à assurer l'accès de toutes les personnes concernées à cette information : une revue, *Protocoles*, qui, tous les deux mois, recense de façon critique les essais cliniques

en cours et fait le point sur les problèmes thérapeutiques que nous rencontrons ; un glossaire de tous les termes spécialisés liés au Sida, qui contient par ailleurs un « mode d'emploi » pour comprendre ses bilans sanguins ; une brochure mensuelle d'informations sur les droits sociaux et la vie quotidienne des personnes atteintes, *Action = Vie* ; ou encore des Réunions Publiques d'Information (*RéPI*), qui tous les deux mois, confrontent des experts avec près de 100 personnes atteintes sur des sujets thérapeutiques précis.

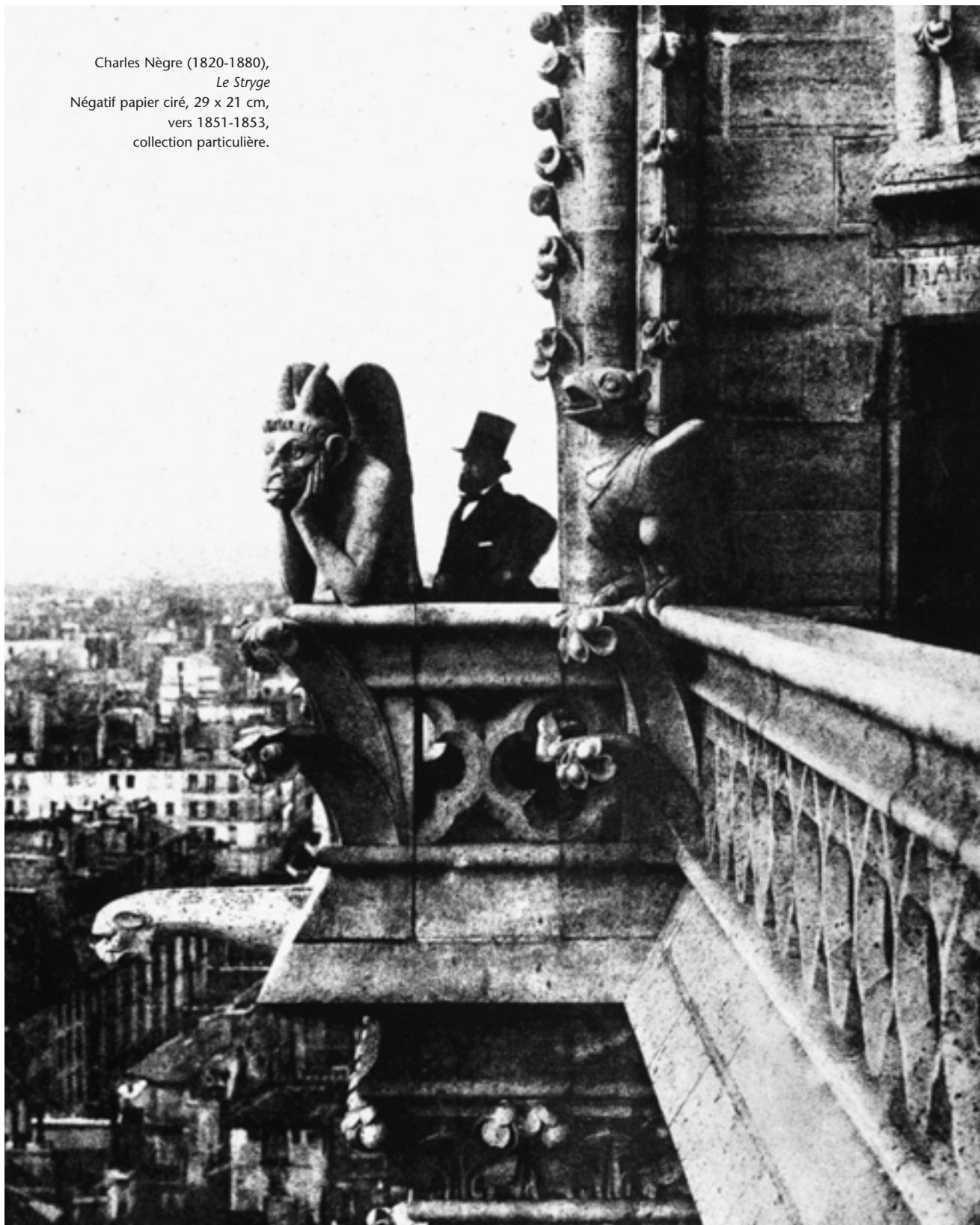
Nos revues sont diffusées gratuitement dans les services VIH de Paris et des grandes villes de province, dans les CDAG, les permanences associatives et enfin auprès de nos abonnés. Une de nos priorités est évidemment de trouver des financements viables à cette activité. Nous nous efforçons de multiplier les sources de subvention, ne serait-ce que pour conserver notre indépendance. Actuellement, la diffusion de l'information est financée par Ensemble Contre le Sida, association chargée de gérer les fonds du Sidaction ; la Direction Générale de la Santé ; et enfin l'industrie pharmaceutique. L'extension de cette activité nécessite que nous ayons de plus en plus recours au salariat : pour coordonner les dossiers de la commission, pour assurer la maquette et la diffusion des revues ; pour faire face à des enjeux thérapeutiques majeurs, comme la coinfection du VIH et des hépatites virales. Mais le salariat ne se substitue pas au travail des bénévoles et l'essentiel du travail de production du savoir est assuré par les militants.

On connaît Act Up-Paris pour ses *zaps*, ses actions coup de poing médiatiques. On connaît moins le travail qu'assure l'association en matière de récolte et de diffusion de l'information, sur le plan médical comme sur le plan social. Nous l'avons vu pourtant, action publique et information sont indissociables, et visent le même but : replacer les personnes atteintes par le VIH au centre des discours et des décisions qui les concernent au premier chef.

Act Up-Paris est une association de lutte contre le Sida. Issu de la communauté homosexuelle, ce groupe vise à défendre toutes les personnes atteintes par le VIH, et à les informer sur les questions médicales ou sociales.



Charles Nègre (1820-1880),
Le Stryge
Négatif papier ciré, 29 x 21 cm,
vers 1851-1853,
collection particulière.



Monique Sicard

Chercheur au CNRS en histoire et esthétique de l'image et du regard.

« Ceci tuera cela ! » : la sentence est proférée par l'archidiacre Frolo, l'un des personnages du *Notre-Dame de Paris* de Victor Hugo... C'est de la fin du Moyen-Age, au moment de l'émergence de l'imprimerie, soit en 1482, que parle Frolo. « Le livre tuera l'édifice » annonce-t-il en trahissant « l'effroi du sacerdoce devant un agent nouveau, l'imprimerie ». Il suggérerait alors qu'une puissance allait succéder à une autre puissance : la presse allait tuer l'église. Pour Victor Hugo, cette pensée simple en cache une autre : à chaque génération, ses modalités propres d'expression de la pensée. Le livre de pierre, si solide et si durable, allait faire place au livre de papier, pour l'écrivain, plus solide et plus durable encore. Hugo n'est donc pas en complet accord avec Frolo : l'invention de l'imprimerie est, dit-il, « le plus grand événement de l'histoire de l'humanité. C'est la révolution mère. (...) Sous la forme imprimerie, la pensée est plus impérissable que jamais ; elle est volatile, insaisissable, indestructible. Elle se mêle à l'air. Du temps de l'architecture, elle se faisait montagne et s'emparait puissamment d'un siècle et d'un lieu. Maintenant, elle se fait troupe d'oiseaux, s'éparpille aux quatre vents, et occupe à la fois tous les points de l'air et de l'espace ». La force de la pensée ne vient plus de son inscription concentrée dans la lourdeur de la pierre, mais de sa multiplication sous des formes légères.

Commencé en 1831, achevé en 1832, le roman de Victor Hugo s'inscrit dans un entre-deux. Niépce a déjà inventé l'héliographie – que l'on n'appelle pas encore photographie –, mais ses expériences sont encore méconnues. Ce n'est qu'en 1839 que seront révélées au monde par François Arago, physicien et député des Pyrénées-Orientales, les techniques « photographiques »⁽¹⁾. Dès lors, la photographie, multiplicatrice de l'œuvre d'art s'installe, diffuse le regard, fait émerger de nouvelles cultures visuelles.

Notre-Dame de Paris connaît une fortune singulière. En offrant un plaidoyer pour une attention nouvelle portée aux monuments médiévaux, le livre sensibilise l'opinion en faveur de la restauration de la cathédrale parisienne. Les gargouilles (de *garg*, la gorge et de *goule*, la gueule), les animaux fantastiques créés au XIX^e siècle par Viollet-le-Duc, semblent sortis tout droit de l'imaginaire du roman. La sculpture la plus célèbre est sûrement celle du Stryge : diable pensif et désabusé, tirant la langue et surveillant Paris du haut d'une balustrade de pierre, le menton appuyé sur les deux mains. Ce Stryge

Cela ne mourra pas

Ce texte est le fruit du Colloque international organisé par l'Ecole normale supérieure et le Centre culturel canadien, les 23, 24, 25 mai 2002. Il prend appui, notamment, sur les travaux des Cahiers de médiologie, sur ceux de Ségolène Le Men (La Cathédrale illustrée, de Hugo à Monet, CNRS Editions).

fut photographié par Charles Nègre vers 1851-1853, en une image devenue célèbre. Derrière le monstre, se tient un mystérieux personnage en habit et haut-de-forme qui, lui aussi, observe Paris. Mise en vente en Salle Drouot par le collectionneur André Jammes, en ce printemps 2002, la photographie fut préemptée par le musée d'Orsay.

Les effets vinrent-ils de la photographie de Charles Nègre ou de la gravure du même Stryge, observé du même point de vue, réalisée par Méryon peu de temps auparavant ? Quoi qu'il en soit, l'image connut d'extraordinaires réussites, donna lieu à d'innombrables variations et détournements, du tragique à l'humoristique. Gagnant l'Amérique, circulant de la cathédrale au gratte-ciel, elle fut déconstruite en gargouilles, hauts de formes et diables narquois. Le Stryge et ses arcs gothiques furent dessinés, peints, photographiés, copiés, prolongeant ainsi l'œuvre double de Viollet-le-Duc et de Victor Hugo.

A l'heure de l'extension de l'Internet, la concurrence des médiums est, de nouveau, à l'ordre du jour. Le livre de papier va-t-il disparaître ? Se trouvera-t-il déplacé, relégué dans les niches extrêmes : celles de l'éphémère ouvrage d'actualité, celle du bel et solide livre ? Il n'y a aucun doute sur le fait que Viollet-le-Duc, inventeur du Stryge, se soit inspiré de la lecture de Hugo : sa restauration de la façade occidentale de Notre-Dame à l'image du frontispice d'un livre, rétablissant la grande « page » de pierre et la galerie des rois telle que Hugo l'imaginait, en porte témoignage.

L'année 1851 marque aussi l'envoi, à travers le pays, d'une « mission héliographique » constituée de cinq photographes renommés. Il s'agissait alors de conserver, par la photographie, la mémoire de monuments de pierre, pour la plupart médiévaux, « sur lesquels des restaurations étaient en cours ou en projet ». « Plus solide que le monument » dira de la photographie Prosper

Mérimée, inspecteur général des Monuments historiques depuis 1834. L'obsession de la mémoire, l'angoisse de l'effacement, vraisemblablement conséquences de la Révolution française, conduiront le photographe Aimé Civiale, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, à voir dans le massif alpin un immense monument en cours de dégradation sous l'effet des eaux. Dix années de prises de vue suivront, aboutissant à la réalisation d'une importante collection d'albums...

Aujourd'hui, la fragilité du texte littéraire, tout entier disponible sur les réseaux numériques, pourrait paradoxalement se trouver accrue. L'Internet facilite, certes, la diffusion des écrits au monde entier, mais en les condensant entre les mains d'un très faible nombre de serveurs techniques, il en fait les victimes potentielles d'autodafés d'un nouveau type. L'allumette, dès lors, ne serait plus indispensable aux mises à feu.

Il faut monter à Notre-Dame par une grise soirée d'hiver. C'est alors que le caractère fantastique d'un Moyen-Âge rêvé apparaît le mieux. C'est là qu'est le plus sensible, le mystère des pinacles et des bestiaires de pierre, celui des échafaudages de bois vibrant aux battements du grand bourdon. Les leçons du Stryge sont exemplaires : ceci n'a pas tué cela. Le livre a enflammé les imaginations, les a multipliées, disséminées, conduisant en retour à sculpter les pierres même de cette cathédrale d'où l'histoire prit son envol. Du livre de papier est née la page de pierre, appelant au regard nu porté sur les choses, au grand retour de la réalité, invitant le corps à grimper en soufflant les colimaçons de pierre sculptés à ses dimensions. Le Stryge nous dit l'impact considérable qu'eurent sur les écrivains, les graveurs, les photographes du XIX^e siècle, sur les peintres, femmes et hommes de théâtre et de cinéma du XX^e, les vues suspendues offertes au regard par l'arc gothique et ses dentelles de pierre.

1. Plus précisément, les techniques du daguerréotype.

Communiqué de presse du Syndicat de la Médecine Générale du lundi 3 juin 2002.

Christian Bonnaud

*Médecin généraliste
et président du Syndicat
de la médecine générale.*

La question du revenu des médecins est une vraie question à laquelle ne répond pas notre système du paiement à l'acte, véritable paiement au rendement.

Le passage du C à 20 euros, s'il améliore la rémunération des médecins, ne résout en rien le problème des revenus et des conditions de travail :

- ce mode de rémunération ne prend pas en compte l'ensemble des fonctions du médecin généraliste : travail de prévention, de coordination avec d'autres intervenants, temps de formation...

- cette mesure ne permettra ni la diminution du temps de travail des médecins en nombre insuffisant dans certains secteurs, ni une réorganisation de la profession qui aurait permis une amélioration de leurs conditions de travail.

- elle renforce la disparité des revenus des médecins généralistes qui dépendent presque exclusivement du nombre d'actes effectués.

- elle ne s'accompagne d'aucune amélioration de la protection sociale des médecins (congrés maternité, accidents de travail, retraites...).

Il est illusoire de penser que cette augmentation sera compensée par les économies demandées en contrepartie. Les citoyens paieront

le surcoût, car il entraînera inéluctablement une augmentation des cotisations sociales et de la part complémentaire, au moment même où le gouvernement Raffarin se prononce contre un coup de pouce au SMIC.

Le Syndicat de la Médecine Générale dénonce les moyens utilisés par certains médecins :

- augmentation unilatérale des tarifs qui pénalise le patient,
- menace d'un déconventionnement qui ferait le jeu des assurances privées au détriment de la sécurité sociale.

Tous ces enjeux sont à replacer dans le contexte européen et mondial avec, sous l'égide de l'Organisation Mondiale du Commerce, la mise en concurrence des services publics par les opérateurs privés. Cela se traduirait par une baisse de la protection sociale et de la solidarité, fondements du lien social et valeurs à promouvoir dans une démocratie.

Le Syndicat de la Médecine Générale demande pour les médecins qui le désirent la possibilité de sortir du paiement à l'acte avec une rémunération à la fonction dans le cadre d'une protection sociale de haut niveau, pour tous.

Le SMG appelle les citoyens de ce pays, proches de ses analyses à se faire entendre dans ce débat.

Le C à 20 € : un emplâtre sur une jambe de bois

Marie Kayser

Médecin généraliste.

Le journal *Le Monde* daté du 25 mai nous apprend que pour obtenir le passage du tarif de la visite de 20,58 euros à 30 euros, le Docteur Chassang, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF), a proposé en échange une diminution de moitié du nombre de visites effectuées.

Serait-ce que les médecins faisaient avant des visites de complaisance ? Il est vrai qu'à l'époque où nous étions nombreux et où la concurrence était rude, un certain nombre de médecins hésitaient à mécontenter leurs patients, qui sont aussi leurs clients...

Aucune évaluation ne permet d'affirmer que la moitié du nombre actuel de visites correspond à une juste réponse en terme de santé publique.

La question du revenu des médecins est une vraie question à laquelle répond bien mal notre système actuel de paiement à l'acte : véritable paiement au rendement. Une autre voie a été ébauchée, celle de « l'option médecin référent » qui introduit un paiement annuel forfaitaire du médecin. Ce système, dont la mise en place administrative est encore laborieuse, marque le début d'une reconnaissance du rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge du patient ; il a permis aux médecins qui, comme moi, y ont adhéré, une nette augmentation de leur rémunération qui ne dépend plus uniquement du nombre d'actes effectués. Il a par ailleurs l'intérêt pour le patient d'introduire la dispense d'avance de frais et de permettre ainsi un meilleur accès aux soins. Cependant, le système « médecin référent » a des limites importantes : il ne définit pas un niveau de revenu, il ne reconnaît pas l'ensemble des fonctions et des activités d'un médecin généraliste : travail de prévention, de coordination avec d'autres intervenants, de formation, d'intervention dans différentes structures tel que planning familial, permanence d'accès aux soins... D'autres modes de rémunérations, telles que salariat, paiement à la capitation... doivent pouvoir être explorées par les médecins qui le désirent. Mais si la CSMF a refusé l'option « médecin référent », ce n'est pas à cause des limites que je viens d'évoquer, c'est parce qu'elle y voyait un risque de contrôle accru de la part des caisses et de rationnement des soins. En contradiction avec ses déclarations passées, elle est prête maintenant que les intérêts financiers des médecins sont en jeu à accepter un rationnement des visites... Ce sont les patients qui vont devoir payer de leur poche les visites quand les quotas seront dépassés. Les actuels dépassements d'honoraires pour les tarifs des consultations font déjà fi de l'intérêt des patients ; ils constituent de fait des tarifs hors convention. Certains médecins menacent de se déconvention-

ner pour faire pression sur le gouvernement ; se rendent-ils bien compte qu'ils font le jeu de ceux qui veulent démanteler le système actuel de protection sociale ? Il serait intéressant de savoir ce qu'en pensent les médecins qui n'agitent pas cette menace. Ce qu'en pensent les jeunes médecins en fin de formation et ceux qui exercent comme remplaçants.

Mais surtout qu'en pensent les patients ? Sont-ils prêts à continuer à laisser s'effiloche la protection sociale sans rien faire ?

La santé est un bien trop précieux pour en confier la gestion aux seuls médecins ; il est grand temps que les citoyens de ce pays (individus, associations et syndicats) se fassent entendre dans ce débat.

La visite à 30 €

Ce qui est bon
pour les médecins
ne l'est pas
obligatoirement
pour leurs patients...

Philippe Lorrain

Médecin généraliste.

Le décor est planté dès avant d'entrer : CRS, cameramen, photographes, journalistes et les différentes délégations de médecins qui arrivent en groupes compacts. Il y a du monde, ça sent l'affaire importante : la pièce à jouer est-elle réellement en impro (une négociation) ou n'est-elle pas écrite ? La mise en scène n'est-elle pas assurée au plus haut niveau de l'Etat, une mise en scène présidentielle en pleine période électorale ?

Présent en tant qu'observateur au sein de la délégation du syndicat de médecins généralistes MG-France (seul signataire de la convention médicale actuelle), je n'aurai accès qu'aux réunions plénières. Lors des nombreuses et très longues interruptions de séances, le « bureau du président » est réservé au staff des administrateurs de caisses et éventuellement aux chefs des délégations des médecins. Ce qui se dit en plénière a déjà été dit et publié dans les semaines et jours précédents : ce n'est, semble-t-il, qu'un moment de communication formelle. Ce qui se passe « dans le bureau du président » semble avoir été négocié dans ses grandes lignes auparavant. Il me semble que l'accord final était prévisible et je me suis senti spectateur d'une pièce pas très folichonne... tout du moins, ce n'est ni le style, ni surtout les conclusions qu'avec le Syndicat de la Médecine Générale j'aurais souhaité.

Quels étaient les véritables enjeux lors de cette « négociation » du 6 juin ? Mettre fin au mouvement corporatiste des coordinations de médecins, mais aussi remettre en selle la CSMF (principal syndicat de médecins, non-signataire de la convention) dans l'équipage conventionnel. Le syndicat MG-France est en effet très isolé depuis l'accord tarifaire de février presque unanimement rejeté et la convention médicale a du plomb dans l'aile. Tout cela était donc très « politique » : il n'a pas été question de santé.

Chirac a fait plier Spaeth, président de la CNAM, et la CFDT, qui ne pensaient probablement pas devoir concéder autant aux médecins. En une nuit, quelques 300 millions d'euros ont été « dépensés », alors que le budget de la Sécu est déjà dans le rouge. Comment finance-t-on tout ça ?

Les visites qui passent à 30 euros ne seraient plus remboursées, du moins pour la majeure partie d'entre elles. Les mutuelles s'en inquiètent.

La consultation à 20 euros serait compensée par un hypothétique bénéfice sur le dos de l'industrie pharmaceutique (par le biais de la prescription des médicaments en dénomination commune internationale) : pourquoi se laisserait-elle faire ? Elle a dit qu'elle s'engagerait dans la voie du générique, mais a déjà fait savoir qu'elle demandait un coup de pouce pour les innovations thérapeutiques.

Tout le monde sait que ça ne suffira pas : alors quel choix restera-t-il ? Creuser le trou de la Sécu avec compensation par l'Etat : mais il n'y a pas de cagnote fiscale tous les ans. Equilibrer les comptes en augmentant la CSG, le bruit court déjà que ça fera un demi-point, mais ça la fout mal en période post-élec-

La négociation

torale, quand on a tout promis, le beurre et l'argent du beurre, le C à 20 euros et la baisse des impôts. Equilibrer les comptes en diminuant le remboursement : c'est ce qui avait été retenu en 1992 après le dernier conflit majeur et prolongé des médecins, c'était la revendication pour le « C à 100 balles » (augmentation de 11 %, la valeur du C passant de 90 à 100 francs). Le remboursement des actes médicaux était passé de 75 à 70 %. Alors encore 5 % de moins et augmentation du ticket modérateur à la charge des familles, des mutuelles ou du marché de l'assurance privée ?

On a peu ou pas parlé des coordinations, finalement. On a beaucoup parlé de leur revendication phare, le C à 20 euros, des moyens parfois spectaculaires mis en œuvre pour l'obtenir (« nez rouges » à la télévision, usage systématique de la grève, menace de déconventionnement, « casses » dans certaines caisses primaires de Sécu...). Mais on a peu parlé de ce qu'elles représentaient réellement : on a parlé de 30 000 médecins généralistes, soient 50 % de la corporation. Qu'en est-il réellement ? Moi, je les accuse d'avoir systématiquement convoqué la presse plutôt que la profession dans ce qu'ils ont appelé des AG : des opérations de communication. Plutôt que coordonner, elles ont récupéré la grogne (et pour beaucoup de chose, je rejoins la grogne de mes collègues), mais ces coordinations, qui se voulaient « en dehors des syndicats et apolitiques », ont en fait véhiculé une idéologie libérale et ont donné de la communauté des médecins généralistes une image qui ne me paraît pas lui correspondre (tout du moins pour la large majorité revendiquée). Il fallait lire leur « plate-forme de revendication », texte qu'ils ont porté lors de la séance de négociation : il y était question de l'ouverture du secteur 2 à tous les médecins et de la suppression du tarif d'autorité, une revendication de liberté tarifaire totale, qui est de fait une négation de la convention. Les représentants des coordinations ne pouvaient pas être officiellement invités à cette négociation,

réservée aux syndicats médicaux représentatifs : ils étaient présents en tant qu'observateurs « dans la valise » de la CSMF. Dans le cours de la soirée, il s'agissait bien plus de trouver un accord politique avec la CSMF qui boudait la scène conventionnelle depuis des années que de satisfaire des coordinations qui avaient déjà obtenu gain de cause à l'Élysée pour la seule revendication d'augmentation du C à 20 euros. Et c'est la FMF (la Fédération des Médecins de France est née par scission de la CSMF en opposition à la première convention médicale en 1970) qui a repris leur discours sur la libéralisation du secteur 2 et la suppression du tarif d'autorité : c'est la FMF, elle seule, qui a refusé de signer le protocole d'accord.

Cet accord est boiteux, tout le monde le sait, mais seule la mutualité prendra position lors de la réunion du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie du 11 juin... en refusant de prendre part au vote. L'accord du 6 juin devait être entériné : tous les autres le signeront.

Lundi 16 juin, lendemain du 4^e scrutin national depuis le 21 avril, on en a pris pour « 5 ans fermes » comme titre *Libé*, la droite a pris tout le pouvoir. Et les pédiatres se mettent en grève, pour demander la consultation à... 30 euros. Qui leur accordera satisfaction ? Un président de la république ? Un ministre ? A la faveur des élections, les médecins généralistes ont bien obtenu satisfaction, les chasseurs aussi... Seul José Bové ira en prison cette semaine, les médecins qui ont enfreint la loi et appliqué les tarifs sauvages sont blanchis, sans compter les futurs bénéficiaires de la loi d'amnistie à venir. De toute façon, « les médecins spécialistes s'organisent à leur tour en coordinations », alors que chez les généralistes « les coordinations veulent garder leur force de frappe » (Le *Quotidien du Médecin*, lundi 16 et mardi 17 juin) : la leçon du 21 avril n'a absolument pas été entendue, la règle démocratique est niée, le pouvoir semble rester aux grandes gueules et aux corporatismes.

Point de vue d'un hospitalier

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue.

Le malaise des médecins, et en l'occurrence, des généralistes se réduirait-il à un problème financier ? Le conflit actuel ne serait-il qu'une revendication de privilégiés qui profitent de la période électorale pour améliorer leur salaire ? Certes, l'attitude de certains syndicats médicaux alimentent cette analyse, mais réduire le malaise des généralistes au seul prix de la consultation est à la fois méprisant et ignorant des difficultés rencontrées. S'il faut parler gros sous, alors parlons-en intelligemment.

Un prix justifie une qualité et réciproquement. D'un côté, il n'est pas acceptable que la profession médicale, qu'elle s'exerce en ville ou à l'hôpital, ne soit pas liée à une obligation de formation périodique, de l'autre, il n'est pas normal que cette formation ne soit pas entièrement prise en compte financièrement. La mise à jour régulière des connaissances est un garant de qualité et donc d'économie, l'ignorance a toujours été source de gâchis.

On se plaint aussi du fossé jamais comblé entre praticiens de ville et praticiens hospitaliers. Puisqu'on parle finance, ne serait-il pas temps de rémunérer tout ce qui favoriserait cette relation ? Que celui qui vient voir son patient à

l'hôpital, qui apporte une information et repart avec une autre, après avoir rassuré par sa présence le malade soit correctement rémunéré. Que dire aussi du temps passé par certains généralistes à la gestion des hôpitaux locaux et à leur évolution ? Un temps insuffisamment payé. Des dépenses supplémentaires ? Certes, mais des dépenses qui amélioreraient la qualité des soins, favoriseraient l'évolution de ces hôpitaux vers des structures relais entre praticiens hospitaliers et praticiens de ville et, finalement, représenteraient une solution économique. Car en permettant un retour rapide du malade près de son lieu d'habitation, on réduit d'autant les hospitalisations inutiles. Que dire aussi de la prise en compte financière des difficultés d'exercice dans certaines zones difficiles rurales ou urbaines ? Faut-il s'étonner ensuite de la désertification médicale de certaines régions et de la disparition des gardes de nuit, avec des conséquences catastrophiques sur les services d'urgence hospitaliers ? Sans parler de la rémunération des efforts de médecine éducative et préventive

Les 20 €
qui cachent
la forêt

jamais financés. Bref, il y aurait bien des idées à creuser pour payer correctement ceux qui participent à l'amélioration de la santé publique et l'on améliorerait simultanément les finances publiques en réduisant l'inutile.

Mais il est vrai que ni les politiques ni les tutelles n'ont créé ce climat de confiance qui permet d'avancer. En ville comme à l'hôpital, les plus dynamiques se heurtent à une bureaucratie qui n'est pas avare de mépris. On ne peut réformer sans projet politique et dans la suffisance. Les hommes politiques ont toujours ignoré les vrais problèmes de la santé, accordant à ce ministère « très féminin, n'est-ce pas ? » un rôle secondaire. Etrange attitude vis-à-vis d'un service qui représente le premier budget de la nation.

Quant au citoyen, il n'a guère pris la relève. Lui si prompt à se mobiliser pour défendre son rôle à l'école, dans les associations de locataires, dans les associations sportives, dans les syndicats, reste distant des problèmes des soignants et des structures de soins. Etonnante évolution que celle de la société vis-à-vis de ses médecins, autrefois adu-

lés à l'excès lorsque les possibilités thérapeutiques restaient modestes, aujourd'hui trop souvent décriés alors que les connaissances des soignants se sont métamorphosées.

La crise est profonde et ce n'est pas une augmentation du prix de la consultation qui la fera disparaître. Bien que travaillant dans des conditions différentes, on retrouve dans le malaise des médecins hospitaliers et des praticiens de ville des points communs. Il serait temps que le monde politique en prenne conscience d'autant que le nombre de médecins va diminuer de façon drastique, faute d'avoir réalisé à temps des études prévisionnelles (25 % de moins dans les quinze années à venir) et que la demande de la population en matière de soins va augmenter avec le papy-boom. Selon la loi du marché, de la sacrosainte règle de l'offre et de la demande, quel sera le prix de la consultation dans dix ans, après une petite libéralisation de l'Assurance maladie et une privatisation des structures de soins ? Et tant pis pour ceux qui ne pourront pas payer. Telle est la dure loi du marché...

Ce texte est le rapport d'un débat qui a eu lieu 15 mai 2002 faisant partie du cycle autour des « Biotechnologies et société : quelles régulations ? » organisé par le Palais de la Découverte, la revue Biofutur et GEL, qui entend proposer une tribune d'échanges où s'expriment les préoccupations de tous.

Amandine, le premier bébé éprouvette français, a eu vingt ans le 24 février dernier. Près de cent mille enfants sont nés depuis, le temps suffisant pour un bilan scientifique sur les risques, les évaluations cliniques, le suivi des enfants et une appréciation des dérives constatées et prévisibles.

Les avancées de la biologie et du génie génétique ont donné naissance à une avalanche de révolutions techniques qui nous placent en position de créateurs, de fabricants d'organismes vivants. La maîtrise de la procréation et son instrumentalisation par l'AMP (assistance médicale à la procréation) caractérise notre période ; dans le même temps, l'émergence du désir d'enfant, la volonté d'affirmer le droit d'en avoir un à tout prix et dans n'importe quelle structure familiale bouleversent nos repères et certains droits alors que s'affirment de façon parallèle les droits de l'enfant. La loi de 1994 dite de bioéthique, sur laquelle se fonde l'ensemble des pratiques dans ce domaine, doit être révisée cette année.

Après deux décennies d'améliorations techniques, les FIV (fécondation *in vitro*) sont rentrées dans les mœurs. Au centre de pressions diverses et d'une demande sociale forte, les services agréés vivent ces évolutions au fur et à mesure, au contact direct des couples demandeurs et dans les conditions prévues par la loi.

Pour Sylvie Epelboin, médecin ⁽¹⁾, le désir d'enfant devient une pression sociale forte. Les affiches montrant des bébés blonds et roses fleurissent sur les murs « Faites des bébés, l'Europe en a besoin ». La loi de bioéthique de 1994 impose d'avoir affaire à un couple en âge de procréer et de réaliser la fécon-

Laurent Dianoux

Biologiste, membre du GEL.

La fabrique des enfants

Les prochains débats au Palais de la Découverte à Paris, auront lieu à 18 h les mercredi 3 juillet sur « Le vivant : des ressources à partager. Comment réguler le biopiratage ? » et mercredi 11 septembre sur « A qui sont ces génomes ? ».

Génétique et Liberté
45, rue d'Ulm
75005 Paris
Tél. : 01 43 72 40 96
Fax : 01 43 72 40 90
e-mail : gel@genetique-et-liberte.asso.fr
www.genetique-et-liberte.asso.fr

dation dans des centres agréés. Elle a mis en place une vérification du projet d'enfant auprès du couple demandeur comportant un certain nombre de contraintes. La question suivante se pose : l'AMP aurait-elle des exigences morales plus fortes que d'autres situations ? Le secret médical est modifié puisqu'il est partagé à trois entre le médecin et les conjoints. Cette situation est génératrice de fantasmes et d'une vision du corps morcelé. Les consultations sur les demandes d'enfant aboutissent pour moitié à leur modification, dans la mesure où il s'avère que l'AMP n'est pas la bonne solution. La révolution contraceptive des années 60 correspondant à l'exigence d'un enfant quand je veux, n'est pas vérifiée par l'état des techniques qui ne rendent pas toujours service. Les indications d'AMP sont très différentes suivant les situations (pathologies comme le diabète et la mucoviscidose) et les conditions du consentement éclairé. Le parent atteint d'une pathologie grave et candidat à une procréation, doit intégrer l'idée de faire naître un enfant qu'il peut potentiellement rendre orphelin. La création du désir d'enfant pose la question de qui décide ? Quand Louise Brown, le premier bébé éprouvette, est née il y a 24 ans, il s'agissait d'un cas sur 122 millions de naissances. Depuis, la banalisation des techniques a fait monter le pourcentage de FIV à 1,3 % des naissances. La question est celle de la filiation et de la modification de la parenté. La congélation des embryons pose d'autres problèmes : la conception actuelle est limpide et visible, mais pose des problèmes de gémellité différenciée. Avons-nous le droit de savoir le devenir de ces enfants ? Les techniques sont génératrices de fantasmes dans un sens comme dans l'autre (les miracles attendus comme les dérives futures au titre d'excès et d'insuffisances).

Jacques de Mouzon, chercheur en épidémiologie ⁽²⁾, précise que le législateur a opté pour la rédaction de la loi pour le maintien de l'expression AMP, la procréation versus la reproduction, et la FIV, l'insémination avec sperme de conjoint

et de donneur. L'AMP a permis la naissance d'un million d'enfants depuis 1978, en France de cent mille enfants depuis la même date et actuellement de dix mille par an, trois mille inséminations avec sperme du conjoint et huit cents avec sperme de donneur. L'insémination avec sperme de donneur baisse continûment et surtout depuis l'introduction de l'ICSI (Intra Cytoplasmic Spermatide Injection). 60 % des FIV sont faites avec du sperme anormal, 50 % des couples n'ont pas d'espoir d'y arriver autrement et le taux de réussite est de 30 %. Les centres agréés ont pour obligation de faire des bilans annuels de leur activité mais ceux-ci, recensés par le ministère, ne sont pas rendus publics. Les grossesses multiples sont à 25 % gémellaires et à 1% des triplés (soit 1 % et 1 ‰ des grossesses multiples). Les risques de dérives sont de type social par la modification des indications (femmes âgées, famille monoparentale, personnes homosexuelles) et de type technique par la mise au point du clonage, la définition de l'enfant parfait, le formatage des choix comme celui du sexe, qui est déjà autorisé ailleurs. L'utilisation des cellules immatures et les recherches sur l'embryon s'inscrivent dans cette démarche.

Pour Dominique Folscheid, professeur de philosophie ⁽³⁾, les risques sont beaucoup plus vastes que ceux qui sont décrits au titre des dérives ou autre. Le terme dérive est un alibi et un cache misère pour décrire une situation, une logique et un processus devenus nécessaires et ayant un effet de cliquet : on ne revient pas en arrière. Le tableau est différent suivant les centres, mais on a affaire à de la procréatique palliative dans la mesure où comme le dit J. F. Mattéi « la stérilité ou l'infécondité c'est un état, non une maladie ». On a fait le pas de la chronicisation. Le projet d'enfant est une notion désastreuse qui trahit le déplacement vers la technique. L'enfant étant établi comme objet de désir, on réclame alors un service après vente et des garanties. Dans les centres d'orthogénie, on travaille sur le bon géno, c'est du cacogénisme. Quel désir se cache sur la notion de projet ?

L'activité ludique du sexe et la procréation d'enfant en dehors du sexuel sont maintenant bien séparés (la femme hyperovulatrice devient l'idéal et aux USA, un million d'hommes se sont fait stériliser tout en congelant leur sperme). C'est une indication pour le futur : ça change l'accès de la médecine au patient, elle régresse en amont de la naissance, ça change le contrôle du naître et du mourir, l'existence est sous perfusion médicale, ce qui répond à la demande. Les médecins sauvent, font des miracles, il y a contournement total et détournement. L'arrêt Perruche qui est l'option d'avoir un enfant comme si ou autrement ou pas du tout, traduit bien cette logique du désir d'enfant formaté. Il ne s'agit pas de dérive, mais de logique. L'extériorisation de l'embryon, les possibilités de dépistage décrites par J. Testart dans *Les hommes probables*, font que l'embryon est rendu disponible et le DPN, dépistage pré-natal, encore réalisé que sur quelques cas, devenu médicalement correct. Le résultat est qu'on est au milieu du gué. Avec l'annonce du premier clone humain, le gué sera franchi, et loin des chiffres, une révolution sera accomplie : on aura brisé la dualité des sexes.

S. Epelboin de répondre que l'ensemble des professionnels a joué à l'apprenti-sorcier parce qu'il y avait bien sûr une griserie technique extra-ordinaire. Mais il y a eu un retour de bâtons et la profession a compris qu'il fallait réviser ces pratiques. Elle a rédigé des BPL, bonnes pratiques de laboratoire, et les différents acteurs ont discuté ensemble. Elle ne ressent pas le fantasme de l'enfant parfait et le DAN, dépistage anté-natal, est encore difficilement accepté par les femmes elles-mêmes alors que cette question a envahi les débats. Sur la question de la stérilité, on est dans une situation où il n'y a pas de thérapeutique étiologique de la cause. La FIV est une thérapeutique palliative, mais on continue d'ignorer la cause de la stérilité. La grande avancée, et il faut le rappeler, est de faire l'amour sans enfant et inversement ; le bonheur de la sexualité est dissocié de la procréation.

Pour D. Folscheid, la dérive de sens est là : l'AMP est hors du sexuel.

Ce à quoi répond J. de Mouzon : que penser de la séparation sexe/procréation ? La médecine est palliative si on rétablit la fertilité et l'infécondité n'est pas qu'un problème social, mais relève aussi de l'état de santé tel que défini par l'OMS. Avoir un enfant peut en effet être important pour cet état de santé. Une réflexion d'une personne de la salle a porté sur l'absence parmi les intervenants d'un psychanalyste qui analyse le discours hystérique du siècle autour de la maîtrise technique et de son aspect grisant vécu par les équipes hospitalières et l'univers fantasmatique qu'il crée sans se poser la question de l'identité. J. de Mouzon répond en disant que la FIV n'est jamais une partie de plaisir, qu'il y a bien sûr l'aspect technique, mais il y a aussi l'angoisse. S. Epelboin revient alors sur les années 80 et l'enthousiasme des débuts, puis sur le tournant de reprise en charge et d'inversion. La technique précède le désir d'enfant puisque nombre d'hommes font prélever leur sperme en cas d'accident et de citer le cas de ce militaire blessé médullaire qui s'affranchit de ses 325,5 F/an de conservation de son sperme.

A une question sur les embryons congelés et leur statut, J. de Mouzon répond que les embryons appartiennent aux couples et qu'on ne peut rien en faire depuis les lois de 1994, ni faire de la recherche sur eux ni arrêter de les conserver. Le nouveau projet de loi, encore en discussion, parle d'utilisation en cas de projet parental ou d'accueil de l'embryon dans un autre couple et de possibilités d'utilisation pour la recherche. S. Epelboin rappelle le flou volontaire de la loi qui indique qu'on peut conserver pendant 5 ans les embryons, mais sans en donner l'issue : les biologistes refusent alors de les détruire ce qui a entraîné leur accumulation. Or on détruit quotidiennement des embryons quand on les sélectionne pour les FIV puisqu'on ne congèle que les embryons surnuméraires classés A et B, ceux qui sont considérés comme donnant le plus de chance par rapport aux embryons classés C et D. On

attribue ainsi une parcelle supplémentaire d'humanité à ces embryons non détruits dont la majorité n'a pas de projet parental. La situation est donc paradoxale. De même, le don d'ovule restant largement insuffisant par rapport à la demande en France, la possibilité de bénéficier d'un embryon d'un autre couple sera proposé dans la nouvelle loi. Mais qui va décider quoi et pour qui et avec quels embryons ?

A la question sur la santé des enfants issus de FIV, S. Epelboin indique que les études sont convergentes et rassurantes avec un taux de malformations identique à celui de la population normale. La difficulté est de cerner des sous-populations dans les cas d'ICSI : il n'y a pas de cas fiables au vu des trop petits nombres concernés. La recherche porte sur la maturation in vitro des spermatozoïdes et les microdélétions chromosomiques du père qui entraîneraient des stérilités congénitales. La question se pose en ces termes : est-il légitime de refuser ou d'autoriser de faire naître un enfant avec une stérilité ? Quel est le statut de la stérilité ?

J. de Mouzon considère qu'il existe une petite augmentation des risques mais que 97 % des enfants conçus sont normaux. L'ICSI qui est indiquée en cas de sperme anormal, présente des risques liés à l'injection elle-même et aux composants du milieu de culture utilisé et reste peu évaluée en absence d'expérimentation animale. Découverte par hasard pendant une manipulation, cette technique a peu d'étude de suivi. L'éthique du patient qui veut qu'on laisse l'enfant tranquille et celle de la recherche qui exige de rassembler des données sont opposées, ce qui empêche le suivi de ces enfants. D. Folscheid rappelle que pour J. Testart, l'ICSI se justifie par le fait que c'est le couple qu'il faut privilégier et éviter le recours au donneur extérieur. Pour lui, les apprentis-sorcières sont bien de ce temps parce qu'ils permettent de sortir du sexuel ; l'application stricte du principe de précaution signifie tout simplement qu'il n'y a pas de vie du tout. L'exemple cité par J. F. Mattéi est devenu clas-

sique : une mère lui pose la question : mon enfant porte-il un gène létal ; ce à quoi il répond oui sûrement et la mère de dire : cela vaut-il le coup de le laisser naître ? S. Epelboin parle de jusque boutisme. La loi de 1994 indiquait que les méthodes FIV intraconjugales devaient être utilisées jusqu'à leur ultime dérivée avant que de passer à un don de sperme avec donneur.

Les indications de l'ICSI montrent que si la technique est simple, la problématique ne l'est pas. Et d'évoquer les hommes sans canaux déférents, les femmes sans mucus cervical, les couples de sourds, les risques liés à la mucoviscidose. Nous sommes tous porteurs d'environ 25 000 anomalies génétiques dont les conséquences peuvent être graves comme très discrètes, et qui devraient pouvoir donner lieu à un dépistage. Or la loi n'autorise le DPN que pour les maladies graves pour l'enfant. D. Folscheid indique que la loi c'est une chose, c'est un choix politique dans une situation donnée, mais que réfléchir sur l'utilité de la loi est autre chose. Entre la loi et la réalité, il y a plein d'arrangements, des pressions exercées par différents groupes, des processus d'essai et erreur et l'idée s'impose que tout viendra des Etats-Unis et des procédures judiciaires. C'est le règne de la vie utile, *l'useful life*. Contre cela, le couple du musicien Michel Petrucciani, atteint de la maladie des os de verre, a choisi d'avoir trois enfants ; deux en sont atteints. Il faut redire que la vie est un risque face à une médecine prédictive qui galope pour répondre aux multiples demandes sur la descendance.

Dans l'AMP, le succès diminue avec l'âge et la technique n'est pas forcément la réponse à la question posée : S. Epelboin citait le cas d'un couple de 45 ans qui après un amour de jeunesse finissant en avortement, et des retrouvailles après 20 ans de vie séparée et d'autres enfants par ailleurs, voulait avoir un enfant : cette demande s'avérait être une volonté de revivre cet amour et le faire aboutir. Pour D. Folscheid, le croisement entre l'essor de la génétique et l'extériorisation de l'embryon a permis l'introduction de la

technicité. On escamote les différences entre la technique et le discours sur la technique.

A des questions sur les priorités pour notre société, les coûts de la technique, les comparaisons internationales, J. de Mouzon indique qu'on ne peut comparer les coûts de la procréation et ceux de la fin de la vie, en particulier le dernier mois, qui absorbent à eux seuls 75 % des dépenses de santé. La création prévue par la loi de l'Agence pour la reproduction embryologique permettra une évaluation. S. Epelboin pense que la question est celle de l'étape diagnostique : la FIV est une démarche longue avec une réponse technique très tardive par rapport à la consultation initiale. Il faut rappeler qu'avant de se lancer dans la FIV, les médecins proposent quand cela est possible, le recours à la chirurgie (la chirurgie des trompes par exemple). Sur le coût, celui de la FIV n'est pas spécifique : l'absence de réglementation qui fait que quiconque peut consulter trois spécialistes dans la journée et l'absence d'évaluation qui est reconnue par tout le monde, sont à l'origine des coûts de la santé en général. On rembourse autant d'IVG qu'on veut alors qu'on limite la prise en charge à 4 FIV.

D. Folscheid conclut sur le statut du désir en général dans la société. Notre société est celle du désir et le désir d'enfant est une nouveauté. L'enfant est indésirable quand il n'est pas désiré. Le désir est consumériste et la consommation d'enfant n'a plus de limites. Ce qui est fondamental c'est ce vers quoi on va, comme aime le dire J. Testart.

Sur la loi révisable de 1994, il considère qu'il s'agit d'un cas de harcèlement textuel et d'une loi passoire qui, à vouloir tout mettre après force pinailage, oublie toujours quelque chose. La loi suisse tient en une page, l'Allemagne a résolu la question des embryons surnuméraires en autorisant qu'un seul embryon implanté. Il pense qu'il est impossible d'harmoniser les différentes nouveautés techniques et de trouver des solutions aux bouleversements de la loi sur l'héritage. Il souhaite bien du plaisir au législateur.

1. Responsable du centre d'AMP, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris.

2. Inserm, Le Kremlin-Bicêtre (94).

3. Université de Marne-la Vallée (77).

Marie-Jeanne Martin

Médecin généraliste.

Substitution
Remplacer
Changer
Lien
Mère
Maternage
Expérience
Câlin
Transfert
Contre transfert
Projection
Résonance
Utiliser
Cadrer

Trois histoires d'accompagnement, deux jeunes hommes et une jeune femme pour qui la vie n'a pas été des plus tendres. La substitution chimique n'est qu'une part de l'histoire, ce qui se passe est autre.

Willie

Il est un peu voûté, comme pour s'excuser d'être grand. Le brun de ses cheveux en fouillis fait ressortir la pâleur de son visage creusé.

Il est là, planté devant moi, il se sent sale, il est sale. Il est venu directement à sa sortie de garde à vue.

Il transpire et tremble dans ses trois blousons superposés.

Il tousse à ébranler les murs.

On se voit depuis quelques mois, en pointillé, en tout de suite, en urgences, jamais le temps de s'asseoir, de se connaître, peut-être en voie d'approvisionnement réciproque.

Il m'a appris quelques trucs sur la vie dans la rue, en cavale, comme l'efficacité de ses trois blousons contre le froid, mais surtout contre les coups de couteau.

Il prend le Subutex^{®(1)} que je lui propose et s'apaise.

Il est assis sur le tabouret, comme j'ai fini d'écouter la tempête qui habite ses poumons, il rabaisse son T-shirt.

Je passe derrière lui pour aller me laver les mains. Je pose ma main sur son épaule et je presse un peu, doucement, comme ça.

Alors, il bascule sa tête en arrière, s'appuie sur moi et commence à pleurer. Je laisse une main sur son épaule et pose l'autre dans ses cheveux.

Un peu de temps passe ainsi, dans la consolation fugace d'un chagrin qu'il ne sait pas nommer.

Depuis, il essaie d'arrêter de sniffer le Subutex[®], il prend un peu moins de Rohypnol^{®(2)}, il a accepté d'essayer la méthadone.

Quant à moi, j'essaie de gérer les débordements qu'il provoque partout : avec sa copine qui l'héberge parfois et qui tape le Subu, avec sa mère qui me contacte de temps en temps par téléphone, avec le centre méthadone qui quand même pense que là, ou là, et puis là, il y a rupture.

Il est grand et maigre, au regard noir. Il porte trois blousons et a dix neuf ans. On se vouvoie.

Je l'appelle par son prénom.

Il m'appelle madame.

Travail du lien

Laetitia

Parfois, je pense à Laetitia et au jour où un éducateur du Point Ecoute m'a téléphoné.

Il avait devant lui une jeune femme qui avait tellement mal à la tête ! « Mais il n'y avait pas que ça ! » soupçonnait-il. Il souhaitait me « l'amener », elle avait donné mon nom.

Et il m'amena Laetitia...

J'ai connu Laetitia quand elle avait 14 ans, au centre de planification, parce qu'elle « voulait la pilule ». Pendant plusieurs années, nous nous sommes rencontrées régulièrement, de loin en loin, au centre.

Vers 17 ans, elle n'est plus venue.

Un jour, je l'ai vue dans la salle d'attente du cabinet. Elle semblait maigre, affaiblie, énervée. Elle n'a pas pu attendre.

Plus tard, je l'ai croisée au centre de traitement des dépendances. Elle m'a donné de ses nouvelles. Depuis quelques temps elle voyait Martine qu'elle avait connue au point écoute.

Bon, c'était bien !

Laetitia doit avoir 22 ans maintenant. Elle entre dans le cabinet, soutenue par l'éducateur. On se regarde, et elle me tombe dans les bras en sanglotant. Elle se serre contre moi, alors on s'assied par terre près du radiateur.

Elle sanglote tellement fort ! Je la berce doucement...

Peu à peu les hoquets se calment, elle pleure simplement, tranquillement.

Et elle me raconte.

Il y a deux jours, le visage de ces trois hommes, successivement, la douleur des poignets emprisonnés, la douleur dans le bas du ventre, le cou-deu appuyé sur la gorge et surtout, la peur énorme qui fait exploser la tête.

Et puis, elle me dit le beau-père autoritaire, manipulateur, abuseur... des souvenirs de petite fille de 9 ans.

Quand le silence se fait calme, je lui demande s'il y a quelque chose sur son corps, dans son corps qu'il faudrait que je regarde pour soigner.

Mais ce n'est pas la peine, elle a déjà vu un médecin aux urgences.

En fait, elle vit dans un foyer.

Il y a deux jours, l'éducatrice a été intriguée par son retour en plein après-midi et surtout s'est inquiétée de ses trois douches à l'heure !

Alors Laetitia lui a dit le viol, et elles sont allées toutes les deux aux urgences.

Là, elle a vu le docteur pour l'examen et le spéculum pour les prélèvements.

Et puis après, ça a été le silence de la psychologue (« celle-là, c'était une silencieuse ! » me précise Laetitia). Le silence qui dure, qui fait tellement mal à la tête. Mal jusqu'à ce que Laetitia jette la chaise par terre et chamboule le bureau.

Et ensuite l'éducatrice l'a emmenée au commissariat parce qu'il fallait porter plainte.

Mais Laetitia ne voulait pas porter plainte !

De ces trois hommes, elle en connaît un. Il était chargé de la « protéger » pendant que son mec, son mac était en prison.

La pression dans la tête devenait trop forte. Elle savait ce qu'il lui fallait, ce qui était bon pour elle. Alors, elle s'est sauvée du commissariat. Elle n'a trouvé que du Sub.

C'était déjà ça !

Puis elle a pensé à Martine du point écoute.

Nous nous sommes revues régulièrement pour la pilule et le traitement de substitution et le fouillis de la vie aussi. Elle n'est plus venue pendant plusieurs mois.

Elle est réapparue un jour. Elle venait de quitter l'hôpital sans prévenir, où elle était depuis quelques jours pour une infection sérieuse.

Alors, nous nous sommes revues régulièrement. Et puis, elle a de nouveau disparu.

Plus personne n'a de nouvelles de Laetitia depuis que son mec, son mac est sorti de prison.

Laetitia, je t'ai vue presque régulièrement pendant les années de ton adolescence. Que m'as-tu donné à voir que je n'ai pas entendu ?

Pourtant, c'est sûrement grâce à ces rencontres que nous nous sommes autorisées ce câlin.

Peut-être as-tu mis dans un coin de ton sac un câlin et des caresses en respect et tendresse.
Peut-être la vie est-elle un peu moins lourde à savoir que ça existe.
Peut-être.

Vincent

Vincent a 22 ans, il en fait 18.
Il y a déjà quatre ans que nous nous sommes rencontrés pour la première fois.
A l'époque, il ne parlait que peu. Son regard bleu clair ne croisait le mien que furtivement, par hasard ou pour... essayer.
Je savais que ça n'allait pas parce qu'il était là, à énerver ou à inquiéter les gens dans la salle d'attente, à entrer et sortir sans cesse ou à rester tassé sur sa chaise, piquant du nez.
Il allait aussi s'asseoir devant Corinne, une infirmière du centre de traitement des dépendances. Mais les mots ne sortaient pas, il était là, c'est tout.
Est-ce qu'il savait seulement que ça existait, les mots ?
Des maux pourtant se disaient avec violence, avec douleur. C'était toute une succession de coups reçus, de blessures, d'abcès, de lymphangites, de dermatoses, d'amaigrissement...
Vincent pouvait disparaître pendant des mois. Le plus souvent, il était en prison.
Il a choisi la substitution. Il a choisi pour cela un autre médecin, puis un autre et un autre.
Quand ça n'allait pas, il venait me voir ou allait voir Corinne, sans savoir quoi demander.
Et peu à peu quelques mots sont sortis : la maison, les parents et l'alcool qui l'ont toujours accompagné, et les coups qu'ils ont souvent donné.
Il y a quelques mois, Vincent est venu avec sa couverture et son grand sac en plastique.
Il ressemblait à un chat sortant du caniveau : maigre, sale, plein de bosses et de croûtes...
Alors, une nouvelle fois, tout recommencer : panser les plaies, trouver un toit, remettre l'Aide Médicale en route...
Depuis, pour le moment, il vient au cabinet aussi pour son traitement. Il veut venir toutes les semaines car sinon, « c'est trop long » dit-il.

Ce mardi, je n'étais pas là (réunion à la DASS et compagnie). Il a vu mon remplaçant et lui a remis un petit rosier nain pour moi.
La semaine suivante, je l'ai remercié pour le rosier sur l'étagère.
Il m'a répondu : « Je me suis dit que ça vous ferait plaisir, comme c'était la fête des mères ! »
Voilà...
Vincent va peut-être aller passer les trois mois d'été en prison (une affaire de 1995). Cela fera le troisième été consécutif à l'abri des coups de soleil. Il trouve ça lassant, Vincent.
Mais bon ! « On se reverra en octobre ou un peu plus tard. » m'a-t-il dit.

Travailler dans l'humain, avec l'humanité de l'autre et la mienne
Pas de confusion des sentiments
Reconnaître ces sentiments dans la relation et s'en servir comme outils
La bonne mère et la mauvaise mère des contes
Relation au médecin-femme
S'essayer à un autre mode de relation
Peur de non-reconnaissance du rôle de thérapeute
Peur de ses propres émotions
S'interdire l'émotion
Se fatiguer à s'interdire l'émotion
Evidence
Rapport au corps de l'individu, du professionnel
Contact du corps, des corps
Soigner
Panser
Berger

Quand les plaies à panser sont celles enfouies profond et qui, pour un temps affleurent, alors parfois soulager revient à berger.

-
1. Opiacé utilisé dans les traitements de substitution.
 2. Somnifère très prisé par les toxicomanes.

Aux camarades

Marc Zaffran/
Martin Winckler

Médecin généraliste.

Je ne me souviens pas du jour où j'ai pratiqué pour la première fois un examen gynécologique, mais je me souviens en revanche avoir refusé d'en faire « pour m'entraîner », en salle d'opération, sur des femmes endormies, alors que l'anesthésiste m'y invitait en arguant que ça ne leur ferait ni chaud ni froid.

Il oubliait seulement que moi, je n'étais pas anesthésié, et que j'avais des sentiments.

Je me souviens de ce qui aurait pu être ma « première fois », si j'avais obéi aux ordres. L'interne d'un service où j'étais étudiant m'avait confié l'examen gynécologique d'une jeune patiente hospitalisée pour un problème... digestif. Il me déclara qu'il fallait bien que j'apprenne à faire un toucher vaginal et que ça faisait partie de l'examen complet. La patiente était une adolescente handicapée mentale, ce

qui m'empêchait - du moins, je le pensais - de lui expliquer simplement le but de l'examen.

Elle était d'une

docilité totale et j'aurais pu user de l'autorité de ma blouse blanche, mais je ne le fis pas, car la seule idée d'effectuer cet examen gynécologique sans explication et sans motif me mettait terriblement mal à l'aise. Mais j'inscrivis dans le dossier, en style télégraphique : « Toucher vaginal : Normal ». Quand l'interne lut mon commentaire, il s'écria : « Ben mon salaud, t'es gonflé d'être allé lui fourrer les doigts dans le vagin ! » Je compris qu'il avait voulu me « bizuter » et que, persuadé que je ne ferais pas l'examen, il avait anticipé de pouvoir me reprocher mon manque de cran. Au lieu de quoi, il me regarda avec dégoût, sans doute pour me donner le sentiment que j'étais un monstre, une sorte de violeur. Mais il ignorait que rien ne s'était passé. Depuis le début, ce « viol » n'avait lieu que dans son imagination.

Un jour, un médecin pour qui j'avais beaucoup de respect me demanda à brûle-pourpoint :

– Ça ne t'est jamais arrivé de baiser une de tes patientes ?

Trois minutes plus tôt, nous parlions de l'omniprésence du désir en médecine, mais la question me surprit tellement par sa brutalité qu'elle me laissa sans voix. Devant mon air ébahi, il enchaîna :

- Je vois que non. Eh bien moi, si. Il y en a à qui ça fait du bien, tu sais !

Notre conversation antérieure tournait autour de la transgression entre médecin et patiente ; s'il m'avait demandé : « Est-ce que tu n'as jamais eu envie de baiser une de tes patientes ? », j'aurais répondu par l'affirmative et nous aurions alors sûrement parlé des mille et une situations troubles et périlleuses auxquelles les médecins sont confrontés au cours de leur exercice. Mais je lui

Transgressions

reprochai clairement de m'avoir fait une confiance que je n'avais aucunement envie de partager, et la conversation s'arrêta là... En me révélant qu'il avait eu des relations sexuelles avec une ou plusieurs de ses patientes, et en ironisant sur le fait que ça leur avait fait du bien, il se comportait exactement comme les notables qui, après un repas offert par un laboratoire pharmaceutique, échangeant leurs « histoires de chasse » - beau diagnostic, belle anecdote, patient(e) croustillant(e) - en sirotant leur digestif.

Le danger de la transgression sexuelle n'est pas totalement nié par le corps médical français du début du ^{xxi} siècle. Mais la manière de l'aborder est d'un archaïsme effrayant. On peut ainsi lire, en 2002, sur le site du Conseil national de l'ordre, un rapport portant le titre évocateur de « Pratique médicale et sexualité ». En introduction, quelques paragraphes saisissants par le contenu idéologique de leur vocabulaire situent le point de vue du rapporteur :

« La pratique médicale expose à des contacts intimes susceptibles de dégénérer (sic !) en relation sexuelle. Or, celle-ci correspond à un interdit absolu, si évident sans doute qu'il n'est pas précisément identifié dans le Code de déontologie médicale. »

« Or tous les patients ne sont pas vieux et décatés et pour être médecin on n'en est pas moins homme ou femme. De là surgissent des tentations auxquelles les uns et les autres sont exposés, en transgressant gravement un interdit absolu, s'ils y cédaient. »

Le même rapporteur identifie ensuite, dans le cas d'une transgression sexuelle, « la position respective du patient et du médecin [selon] plusieurs configurations que l'on peut schématiser comme suit :

- patiente habituelle, séduisant involontairement un homme médecin qui va se laisser aller à un viol caractérisé, éventuellement précédé par une « prémédication » (médicamenteuse, par hypnose ou persuasion) de la patiente ;

- patiente ordinaire sollicitée ou agressée par un médecin dérangé ;
- patiente consentante, voire provocatrice, invitant à un rapport éventuellement considéré comme « thérapeutique » ;
- femme médecin harcelée par un patient masculin ;
- d'autres situations sont possibles en relation homosexuelle (...) »

On admirera le choix des adjectifs : « habituelle », « ordinaire », « consentante » et l'ellipse suggérant que la rencontre homosexuelle est rare dans la profession médicale. Cette manière de nier qu'un médecin puisse violer une patiente sans que celle-ci l'ait « séduit involontairement », qu'une femme médecin puisse exercer une pression sexuelle sur un patient de l'un ou l'autre sexe, ou - ce qui est tout de même possible - qu'un médecin « non dérangé » puisse avoir une relation amoureuse librement consentie avec une patiente « non provocatrice », serait risible si elle ne figurait pas dans un document quasi-officiel. Ce... rapport (ah, les mots !) se poursuit par une non-estimation très curieuse de la fréquence des transgressions sexuelles dans la profession médicale française :

« L'incidence de ces écarts est difficile à évaluer. Elle est en augmentation apparente, entraînant des sanctions aggravées, probablement en raison d'une évolution vers une moindre tolérance à la fois des victimes, du public et du corps médical. En France, la Section Disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins a eu à connaître une quarantaine d'affaires de ce type au cours des dix dernières années. Aux Etats-Unis, sur 1 % des praticiens sanctionnés chaque année, 10 % des sanctions sont motivées par une conduite sexuelle inappropriée. Psychiatres et gynécologues seraient plus exposés que d'autres. »

À en croire le site de l'Ordre, les médecins français « transgressent » beaucoup moins souvent que les médecins américains : pour plus de 100 000 médecins, 40 affaires seulement en 10 ans ! Si ce chiffre est sous-estimé, ce qui est probable, la

majorité des médecins et patients français qui ont des relations sexuelles ensemble sont d'accord pour ne rien en dire à personne... ou serait-ce qu'aujourd'hui comme hier, l'Ordre des médecins fait en sorte de régler la plupart de ces « affaires » à l'amiable ? Il est difficile de répondre, mais ces textes donnent à penser que l'Ordre s'efforce de protéger les médecins contre le risque de séduction que représentent les patients, et non le contraire... D'ailleurs, par définition, un médecin « non dérangé » ne peut pas séduire.

À défaut d'en faire des pervers (la plupart ne le sont pas... enfin, pas plus que les autres individus...), le silence et le refus d'une prise en compte de la sexualité dans la relation soignant-soigné a malheureusement pour effet de rendre les

médecins sourds à l'expression de la souffrance de leurs patients quand elle se focalise sur le sexe. On gagnerait certainement, dès le début de leur formation, à aborder très précisément le sujet avec les étudiants de toutes les professions de soin. La blouse blanche (mentale ou réelle) masque sans doute leurs attributs d'individus sexués. Mais elle ne parviendra jamais à éteindre leurs fantasmes, à réprimer leurs pulsions et à museler leurs sentiments.

PS : Ceci est ma dernière chronique dans *Pratiques*. Merci à la revue de m'avoir accueilli, merci à toutes et à tous de m'avoir lu pendant les quatre années écoulées.

MZ/MW

Entretien avec Dominique Casajus

Ethnologue.

L'auteur étudie depuis longtemps la société touarègue. Il a publié notamment La tente dans la solitude, éditions de la maison des sciences de l'homme, Paris 1987 et Gens de paroles, La découverte, Paris, 2000.

Pratiques : A quelle distance doit se situer celui qui se préoccupe de la souffrance ? Telle est une des questions qui parcourent notre réflexion sur les savoirs en médecine.

Qu'en pense l'ethnologue que vous êtes ? Vous étudiez depuis longtemps la société touarègue. Aujourd'hui vous abordez la place de la souffrance et le rôle du poète dans la représentation du monde de cette société, en posant cette interrogation : faut-il avoir souffert pour être poète ? Quant à nous, soignants, qui sommes, comme les poètes, confrontés aux drames de la condition humaine, cette question nous touche : le savoir des soignants passe-t-il par la souffrance ? Faut-il avoir souffert pour être soignant ?

Dominique Casajus : La question de la souffrance est présente dans les trois corpus littéraires que j'ai choisi d'étudier : la poésie touarègue contemporaine, la poésie arabe dite archaïque et la poésie des troubadours.

Faut-il avoir souffert pour être poète ?

Il s'agit dans les trois cas d'objets verbaux parfois écrits, parfois oraux, mais toujours destinés à une récitation à voix haute, ils se donnent tous comme ayant un auteur qui s'y exprime à la première personne, fait exceptionnel dans ce que nous appelons les sociétés traditionnelles. Par exemple,

le barde fang du Cameroun ne prend pas la responsabilité des paroles qu'il profère, laissant au contraire entendre à ses auditeurs que des voix étrangères parlent à travers lui. Les bardes bosniaques des années 30 niaient être les auteurs de leurs épopées, qu'ils présentaient comme venues de la tradition. Tous ces textes parlent de souffrances – en l'occurrence les souffrances de l'amour –, que les auditeurs – ou les lecteurs – ne considèrent pas comme de simples figures lyriques, mais qu'ils imputent aux auteurs. Tout autant que des corpus eux-mêmes, je parlerai de cette interaction entre le poète et son public, entre les revendications du premier et les attentes, les imputations ou les supputations du second.

Quels thèmes évoquent les poésies touarègues ?

Les élégies touarègues mettent en scène un narrateur solitaire, tourmenté par une soif dont on ne saurait dire si elle est causée par l'aridité de la steppe ou

par l'ardeur de son amour Le mot le plus fréquemment employé par les poètes est sans doute *esuf*. Comme le français « solitude », il désigne aussi bien l'état d'une personne physiquement ou moralement seule que les lieux éloignés de la fréquentation des hommes. Cette *solitude* n'est jamais aussi douloureuse au narrateur que, lorsque croyant parvenir au terme de sa quête, il ne trouve que les restes épars d'un campement abandonné. La déploration sur le campement abandonné est l'un des grands thèmes de la poésie élégiaque des Touaregs, et nous verrons qu'elle était aussi l'un des thèmes favoris de la poésie arabe archaïque. Provenant d'une société où il est inconvenant d'afficher ses sentiments, où une larme furtivement entrevue sur la joue d'un homme est chose si rare qu'on la commentera dans tous les campements alentour (les larmes d'une femme sont plus banales...), de telles élégies ont de quoi surprendre... si, du moins, elles expriment effectivement les sentiments de leurs auteurs. Or, qui nous dit que le narrateur, le personnage auquel se rapporte le *je* de la narration, y est bien le porte-parole de l'auteur ? On peut la reformuler en reprenant les termes d'un médiéviste à propos des chansons des trouvères : « En tant qu'amant, ce je est-il un être concret qui aime vraiment, ou n'est-il qu'une fonction [...] qui représente tous les amants se trouvant dans la situation décrite dans un poème ? »

Comment, pour vous, le narrateur est-il crédité de sincérité ?

Avant d'y répondre, regardons de plus près comment les poèmes touaregs sont transmis. Si tous les hommes adultes aiment en réciter, peu en composent, la plupart se contentant de répéter ceux de quelques poètes dont les noms sont connus de tous. Celui qui compose des vers et veut se faire connaître comme poète se fait assister d'un ou plusieurs rhapsodes qui se chargent de mémoriser ses compositions et de les diffuser. Transmises par ses rhapsodes puis par leurs auditeurs, elles finissent par être entendues fort loin

de son lieu de résidence et parfois bien après sa mort. Le public voit les récitants, mais le poète, lui, on ne le voit guère. Un poète touareg est l'auteur absent d'une parole omniprésente. Et cette absence tend paradoxalement à le faire créditer de sincérité. Lorsque, au cours d'une fête familiale, une vieille soliste chante en souriant et en battant le tambour qu'elle se meurt d'amour pour l'un des danseurs présents, nul n'a l'idée de la croire. Mais lorsqu'ils entendent les vers d'un grand poète, les auditeurs témoignent volontiers d'une compassion dont j'ai mis longtemps à comprendre qu'elle se nourrissait de l'absence même de l'auteur : comment, en effet, ne pas lui attribuer la souffrance parcourant des vers qui sont tout, hormis son nom, ce qu'on connaît de lui ?

Y a-t-il pour vous des sentiments universels que la poésie mettrait en scène ?

Considérons la compassion dont les Touaregs témoignent à l'audition des poèmes. Autant que sur l'auteur inconnu des vers qui les émeuvent, je crois que c'est un peu sur eux-mêmes qu'ils s'apitoient, car les souffrances qu'ils lui attribuent ne leur sont pas étrangères. La solitude dont gémissent les poètes appartient à l'expérience quotidienne. Ainsi, lorsque nous avons à passer aux abords désertés d'un ancien campement, ces lieux rendus au silence inspiraient souvent à mes compagnons de route des paroles inquiètes, version prosaïque de la déploration sur le campement abandonné ; de même, les lettres qu'on me dictait à l'intention d'un parent éloigné se terminaient rarement sans ces mots qu'on retrouve dans tant de poèmes : « ta solitude est en moi », ce qui traduit exactement le français « tu me manques ». Ce sont là des émotions qu'il est possible à l'observateur étranger de comprendre, peut-être d'éprouver – ce qui est à la fois un secours et un piège si l'observateur entreprend de traduire les textes qu'il a recueillis. Un secours : sans parler de l'amour non reçu ou de l'ami qui vous manque, songeons au pincement

de cœur que nous éprouvons à la vue de lieux où nous avons vécu, devenus déserts pour nous parce que peuplés d'êtres qui ne nous sont rien. Un piège : cette proximité est en réalité trompeuse, car ces différentes émotions n'ont à nos yeux rien de commun, tandis que les Touaregs les regroupent toutes sous un même mot, signe qu'ils y voient les manifestations d'un seul et même sentiment, *l'esuf*. Peut-être n'ont-ils pas tous éprouvé l'entière palette des émotions dont gémissent les poètes, mais aucun n'est resté sans en éprouver quelques-unes, sur lesquelles il met le même nom et qu'il peut donc associer à celles qu'il entend chanter dans les poèmes. Pour répondre à votre question, je dirai donc nous pouvons partager les émotions d'un poète touareg (d'un chanteur de flamenco, de fado, etc.), mais nous aurions tort d'en déduire que nous éprouvons alors les mêmes sentiments que lui.

De plus, la poésie fait plus que rappeler aux Touaregs les moments où, sous la forme de l'une ou l'autre de ses manifestations émotives, ils ont éprouvé ce sentiment. Pour reprendre l'excellente formule que Miquel Valé de Almeida a appliquée dans un article de la revue *Terrains* aux chants populaires de l'Alentejo, elle donne une « cohérence cognitive » à des émotions qui resteraient sans elle éparses et fugitives. Ou plutôt, car cette cohérence est déjà assurée par le simple fait qu'un même mot les désigne toutes, elle la renforce en les redisant sans cesse. De sorte que la question de savoir si les émotions peintes dans les poèmes ont été réellement éprouvées par les poètes doit être retournée : ces émotions viennent pour partie de cette nappe sonore dans laquelle vivent et grandissent les Touaregs. Dans les vers innombrables où sans cesse elles sont dites et redites, ils apprennent à les reconnaître, à les éprouver, à les attribuer toutes à la « solitude », si diverses qu'elles soient, et, plus encore, à les magnifier. Il y a donc bien des sentiments dans la poésie des Touaregs, mais elle les fait naître autant qu'elle les exprime. Si leur poésie disparaissait, peut-être certaines émotions

seraient-elles moins perçues parce que moins reconnues, et le sentiment de la solitude disparaîtrait peu à peu de leur culture

Qui y a-t-il de commun avec la poésie arabe archaïque ?

Ce qu'on appelle la poésie arabe archaïque a été colligé tout au long des trois siècles qui suivirent l'avènement de l'islam. En pays touareg comme dans tout le monde musulman, l'étude de cette poésie fait partie du cursus avancé des études coraniques. Curieusement, c'est l'Islam qui a amené jusqu'au pays touareg cette poésie réputée venue de l'antéislam. Certains des grands noms, à demi légendaires, de cette poésie sont connus des Touaregs, et ses principaux thèmes ont été repris par eux. C'est le cas notamment de la déploration sur le campement abandonné, que les anciens poètes arabes développaient dans le *nasīb*, l'exorde de leurs poèmes.

Cette poésie archaïque est restée durant les premiers siècles de l'Hégire un objet d'étude pour les philologues, et la lamentation nostalgique du *nasīb* une source d'inspiration pour les poètes. Parmi les fruits innombrables de l'étude des uns et de l'inspiration des autres, je ne considérerai aujourd'hui qu'une légende forgée entre le VI^e et le XI^e siècle : le roman de Majnûn. Dès la fin du premier siècle de l'Hégire, les anthologues commencèrent à citer des vers attribués à un jeune poète de l'Arabie centrale qu'ils ne désignaient le plus souvent que comme le « Possédé des génies » (*Majnûn*), le Fou. En même temps que ses vers, circulaient sur son compte des rumeurs qui devinrent la trame d'une espèce de roman qu'on put faire remonter au Xe siècle. L'histoire est bien connue : Majnûn aime sa cousine Laylâ, qui l'aime et lui est promise. Mais il a l'imprudence de proclamer publiquement cet amour, indiscretion intolérable pour les Bédouins de ce temps – comme d'ailleurs pour ceux d'aujourd'hui. La famille de Laylâ interdit à Majnûn ses visites, et, dans certaines versions du roman, la marie à un riche prétendant. Dès lors, Majnûn

s'engage jusqu'à la folie dans une longue errance au cours de laquelle il ne cessera de chanter cet amour interdit pour avoir été dit trop tôt.

Le grand arabisant André Miquel a rapproché la figure de Majnûn de celle du Tristan wagnérien. Mais, de même que le narrateur exploré des poésies touarègues a des traits spécifiquement touaregs, Majnûn est arabe. Et de plus, il est dans la tradition arabe une figure de poète autant qu'une figure d'amant. Dès l'origine Majnûn était poète, ou tout au moins homme de paroles, puisqu'il avait choisi le dire de l'amour contre la réalité de l'amour, les chants qui naquirent ensuite de son errance et de sa démente n'étant que le déploiement de ce choix initial. Et ses gémissements devant le campement abandonné de Laylâ sont une version romanesque de la déploration sur le campement abandonné : il est, comme l'a fait remarquer Jean-Claude Vadet, condamné à éprouver sa vie durant les souffrances dont le poète gémit dans le *nasib*. Un ensemble et d'attentes purement littéraires a construit la figure d'un poète mis à même de ne pouvoir composer que des textes conformes à elles. Comme la figure idéale du poète touareg, le roman de Majnûn est né de l'éloignement : aurait-on pu forger une figure aussi extrême si l'on avait connu l'identité et la biographie réelles de l'auteur (ou des auteurs) des vers qui ont circulé sous son nom à partir du VII^e siècle ? La propension du public à imputer au poète les souffrances chantées dans ses vers, qui ne se traduit chez les Touaregs que sous la forme d'interjections apitoyées ou de rumeurs dispersées, a donné corps ici à tout un roman.

Qu'en est-il des troubadours ?

Nous en arrivons donc aux troubadours. Rappelons qu'on a donné le nom de *trobador* (trobador au cas régime) à ceux qui furent, selon le mot de Dante, les « premiers diseurs d'amour en langue vulgaire » dans l'Europe du Moyen-Âge. Leur activité s'est étendue du début du XII^e à la fin du XIII^e siècle. L'un des grands thèmes de

leurs poésies est la *fin'amors*, l'amour affiné, ou pur. Comme l'a écrit Pierre Bec, « une des constantes de la *fin'amors* est la patience chez l'amant-poète, c'est-à-dire la faculté pour lui, et la volonté, de supporter, plus ou moins longtemps et sans trop se plaindre, toutes les tribulations qui lui viennent d'Amour et de sa Dame. [...] En l'occurrence, le lexème fondamental est évidemment *sofrir* « supporter, endurer » ». Le narrateur mis en scène par les troubadours est un *sofridor*, un homme qui endure.

En même temps qu'il gémit de son *sofrir* ou qu'il chante une joie sans cesse menacée, le narrateur ne cesse de protester de sa sincérité, se prévalant de sa disponibilité à la souffrance comme d'un signe de l'authenticité de son amour - et de l'excellence de sa poésie. Je crois que, mettant cela en parallèle avec la poésie touarègue et le roman de Majnûn, on peut risquer l'hypothèse suivante : les souffrances que le troubadour inflige à son narrateur et qu'il revendique comme siennes sont autant de titres à la reconnaissance à laquelle il aspire en tant que poète. Lorsque le narrateur s'écrie : « j'aime et je souffre », il faut imaginer que l'auteur derrière lui murmure : « je suis un authentique poète, au contraire des amoureux insincères, qui sont dans mon poème les rivaux en amour du narrateur, et dans la réalité mes rivaux en poésie ». Mais, les biographes qui, à partir du XIII^e siècle, ont écrit les *vidas* des troubadours, ont souvent attribué aux poètes eux-mêmes les souffrances du narrateur. Au fond, là encore, une certaine image qu'on s'est faite du poète est née de l'éloignement. Jaufré Rudel était mort depuis bien longtemps quand son biographe l'a fait expirer dans les bras de la comtesse de Tripoli.

Quel regard portez-vous sur ces sociétés qui fondent leur poésie sur la souffrance de l'amour ? A quelle représentation du monde cela renvoie-t-il ?

Dans ces trois traditions littéraires, l'auditeur - ou le lecteur - tend à voir dans le narrateur souffrant

de certains poèmes élégiaques le porte-parole de leurs auteurs. On peut commenter cela en prenant l'exemple de Bédouins égyptiens étudiés par Leyla Abu-Lughod, qui jugent malséant de laisser transparaître leurs sentiments, tout en admettant cependant qu'on puisse en faire la matière de poèmes. C'est, nous dit l'auteur, que celui qui sait dire selon le mode poétique des sentiments qu'il n'est pas permis d'avouer prosaïquement montre qu'il les maîtrise, il montre aussi « la profondeur de ce qui doit être surmonté pour se conformer aux valeurs de la société ». Plus que la souffrance elle-même, c'est la distance que le poète a su prendre avec elle qui est critère de compétence. Comment ne pas songer ici à ce mot de T. S. Eliot, « plus l'artiste est parfait, plus complètement se séparent en lui l'homme qui souffre et l'esprit qui crée. » Notre entretien suggère une question : l'éloignement de l'aimée ne serait-elle pas, dans les trois traditions littéraires évoquées ici, une image de la distance que le travail poétique doit mettre entre « l'homme qui souffre et l'esprit qui crée » ? S'il est vrai, comme Jakobson le fait dire au poète tchèque Mácha, que « la douleur seule est mère de la véritable poésie », ne devient poète que celui qui renie cette mère-là.

À quoi correspond pour vous dans ces sociétés cette valorisation de la souffrance amoureuse ?

J'aurais tendance à voir dans les souffrances du narrateur une transposition poétique du labeur

du poète. La parole poétique est le fruit d'un labeur, que ces traditions poétiques valorisent tout autant que les souffrances de l'amour. Et la solitude du narrateur délaissé est une transposition de la solitude du poète qui compose. Les bardes bosniaques ou fang dont nous parlions au début composent leurs poèmes dans le moment même de la performance, ce qui n'est pas le cas dans ces traditions, où il y a un hiatus entre la composition et la performance. Je me demande même si on ne doit pas rapprocher le fait que le poète se met à l'écart pour composer, au fait que ces poésies chantent un amour asocial.

Elles chantent un amour où les amants s'élisent librement, alors qu'un tel amour n'a pas sa place dans la réalité de ces sociétés. Nous oublions trop, lorsque nous lisons par exemple les poésies des troubadours, que notre conception de l'amour, à supposer qu'elle corresponde à une réalité dans notre société, nous est très spécifique. Ces poésies nous émeuvent, mais au prix de ce qui est peut-être un malentendu. Cette asocialité du narrateur est aussi une transposition de l'« asocialité » du poète dans le moment où il compose. Le fait remarquable est que les auditeurs taxent l'auteur de sincérité quand il dit ses souffrances, mais nous avons vu que cette imputation elle-même est favorisée par l'éloignement du poète.

**Propos recueillis
par Elisabeth Maurel-Arrighi**

Les trois premières parties consacrées à l'histoire de la déontologie médicale ont permis de rappeler combien l'actuel code de déontologie avait été influencé, en sus de ses racines hippocratiques, par les principes de la charte médicale libérale énoncée en 1927 (voir *Pratiques* n° 14-15).

Dans tous les conflits avec les pouvoirs publics, d'hier comme d'aujourd'hui, la déontologie est brandie comme la première protection de la corporation, de ses libertés, parfois de ses privilèges ; toujours, bien sûr « au nom de l'intérêt des malades » ralliés malgré eux à des causes parfois contraires à leurs intérêts. Il a été, à ce propos, rappelé l'usage fait de la déontologie au cours de chaque décennie depuis 1945 (voir *Pratiques* n° 16).

C'est dans son code de déontologie qu'une partie du corps médical puise les renforts idéologiques qu'il y a lui-même inscrit. Ce code pourtant de nature réglementaire est élaboré et contrôlé par les professionnels eux-mêmes. Les relations entre la déontologie et le droit montrent bien des ambiguïtés sur lesquelles s'interrogent les juristes eux-mêmes. L'actuelle déontologie médicale permet à la profession d'exercer un contrôle sur les professionnels, autant sur le plan moral qu'en ce qui concerne les modalités d'exercice. La déontologie est aussi utilisée pour préserver l'indépendance de la profession et pour imposer à d'autres partenaires, pouvoirs publics ou usagers, des règles qui sont favorables à la profession elle-même. La déontologie n'est pas que l'énoncé de devoirs, elle est aussi l'affirmation de prérogatives. La déontologie, telle qu'analysée par les juristes, n'est pas tant la garante de l'intérêt général ou de l'ordre public que celle d'intérêts corporatifs. L'élaboration de ces normes dites déontologiques échappe au contrôle aussi bien des citoyens que de leur représentation nationale (voir *Pratiques* n° 16)

Chacun, professionnel de santé, usager ou représentant de l'autorité publique peut mesurer le fossé qui sépare l'actuel état de celui qui permettrait un assainissement des relations entre usagers, pouvoirs publics et professionnels de santé.

Jacques Richaud

Neurochirurgien.

Déontologie médicale et citoyenneté

Quatrième partie :
Pour une vraie déontologie
des professions de santé

Il est donc légitime de clore cette réflexion par l'ébauche de perspectives visant à redonner aux citoyens la place qui devrait être la leur dans l'élaboration ou le contrôle des codes de bonne conduite spécifiques aux professions de santé. Ce débat ne sera pas clos au terme de cet exposé qui ne représente qu'une contribution, une piste vers un autre possible de la relation de soin dont la déontologie a la prétention de fournir les règles. Il existe un lien évident entre cette démarche et celle de tous ceux qui refusent une marchandisation du soin comme de toute forme de lien social. Le Collectif Alerte Santé (CAS) a naturellement cette vocation, avec d'autres, à rendre possible ce débat qui devra nécessairement déboucher sur des propositions concrètes. Le réalisme de cette démarche dépendra de notre capacité à accepter les échanges avec toutes les formes existantes de la représentation du corps social, mais aussi du corps juridique et de la représentation politique jusqu'alors trop encline à méconnaître cette problématique.

QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ?

Faudrait-il abroger le code de déontologie ? Priver les soignants comme les soignés de repères ? Faudrait-il ne voir persister que le droit du consommateur en face du soignant ? Le risque est évident et cette option doit être écartée. Les dispositions d'un code de bonne conduite, même redondantes avec d'autres dispositions du code civil et du code pénal, ont le mérite de la lisibilité pour chaque usager, même ignorant du contenu des autres textes de loi. Aucun juriste ne conteste l'importance de références déontologiques, seules sont en débat les modalités d'élaboration de ces normes, de leur intégration dans le droit et de leur contrôle. Pour Moret-Bailly, en l'état actuel : « Les règles déontologiques pérennisent la situation originelle de déséquilibre entre le professionnel et son client... (et) les modalités de production des règles déontologiques sont critiquables eu égard aux intérêts en jeu. »

Alors quelles perspectives ? Il s'agit de promouvoir une re-formulation de la déontologie, mais aussi une révision de son mode de contrôle : l'un et l'autre ne peuvent rester entre les mains des seuls professionnels.

Ce code de bonne conduite concerne par nature les trois partenaires que sont : les professionnels, les usagers et les pouvoirs publics. Ces deux derniers, usagers et pouvoirs publics, ont leur mot à dire. On peut s'étonner que cette prérogative concernant le code de bonne conduite indispensable soit dévolue aux seuls professionnels, sauf à admettre que l'idéologie médicale soit parvenue vraiment à imposer un pouvoir presque absolu, comme elle s'y efforce depuis plus d'un siècle. La séparation des pouvoirs était déjà au cœur de *L'esprit des Lois* de Montesquieu en 1748 ! La déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 confirmait par son article 20 que « Nul ne peut être obligé de faire partie d'une association ».

Peut-on imaginer : un code de la route écrit par les seuls automobilistes au mépris des piétons et des pouvoirs publics ? Un code du travail élaboré par les seuls employeurs ? (certains en rêvent !). Une déontologie policière rédigée et contrôlée par les seuls policiers ? Un code pénal écrit et contrôlé par le seul pouvoir exécutif ?

La résolution Ulburghs adoptée par le Parlement européen le 12 septembre 1988 souhaite une nette diminution des prérogatives ordinales. Il est précisé, en particulier dans les huit pages de l'exposé des motifs, que « L'élaboration de la déontologie nécessite une concertation de tous les groupes sociaux concernés par les soins de santé... Une seule des parties... ne peut définir les principes guidant l'exercice médical ». Le Dr Louis René, à cette époque président de l'Ordre National, déclarera qu'il se désintéresse de « cette résolution qui n'a pas force de loi ». A propos du constat par le parlement européen d'un fonctionnement « antidémocratique et contraire aux droits de l'homme » de certaines juridictions, il se contentera de cette réponse

« C'est une phraséologie que l'on connaît... » (*Quotidien du Médecin*, 15 septembre 1988). Dans ces conditions, il paraît vain d'attendre de l'institution ordinale elle-même la prise en compte des exigences évoquées ci-dessus. En 2001, confronté à un débat parlementaire prévoyant une nouvelle loi sur les droits des malades, l'Ordre envisage une nouvelle révision du code de déontologie. Cette révision devra tenir compte des textes législatifs parus depuis 1995, concernant en particulier l'évaluation des médecins et l'accréditation des établissements de soins, l'informatisation, la stérilisation à visée contraceptive et l'information du patient. Mais il n'est envisagé aucune remise en cause des principes déontologiques déclarés fondamentaux ; pour le Pr. Bernard Hoerni, nouveau président de l'Ordre national des médecins, ces évolutions : « Doivent respecter l'essence libérale de la médecine, c'est à dire l'indépendance et la responsabilité des praticiens » (*Bulletin de l'Ordre National*, octobre 2001)

La perspective est donc de promouvoir une reformulation du code de déontologie et de son mode de contrôle. Les moyens d'y parvenir ne peuvent que s'intégrer dans une démarche plus globale de promotion de la citoyenneté : la démocratie française est une « démocratie inachevée » comme Pierre Rosanvallon vient de le réécrire ; Benjamin Barber observait déjà « Une démocratie faible retient une citoyenneté surtout passive ». Nous vivons une époque de transition difficile vers une démocratie d'opinion qui laissera toute sa place au droit, mais exigera transparence et participation. En accord avec Moret-Bailly « On peut s'étonner que ces dispositions soient élaborées par les professionnels sous le contrôle du Conseil d'Etat et non par le Parlement, c'est à dire à l'exclusion de la représentation des citoyens ».

Les résistances à vaincre sont doubles : celles d'une profession jalouse de ce qu'elle appelle ses libertés d'une part, et d'autre part celles d'une

opinion publique éduquée au respect de l'autorité comme au caractère incontournable de la délégation de pouvoir.

Pour y parvenir, il faudra sans doute lever certains malentendus concernant les professionnels autant que les usagers.

Pour les professionnels, disons clairement qu'il ne faut pas opposer interdit et liberté : ce ne sont pas les interdits qui font l'absence de liberté, mais la nature des transgressions que la société se propose de réprimer. Lorsque, par exemple, une loi bioéthique interdit la « marchandisation » du vivant, il ne s'agit pas d'une atteinte à la liberté des hommes, mais d'une entrave à l'extension des lois du marché, ce qui est tout autre chose, même si certains laboratoires protestent de cette restriction. Autre exemple : lorsqu'une molécule sans efficacité aucune est interdite de remboursement, ce n'est pas une atteinte à la liberté de prescription, mais une entrave à la commercialisation de faux médicaments et la défense du droit des usagers à ne pas être bernés ! La qualification même de médicament devrait pouvoir être remise en cause et la mention de certains produits disparaître aussi bien du Vidal que de l'enseignement dans nos facultés.

A l'ensemble des citoyens posons la question : à quoi cela servirait-il de promouvoir l'extension du savoir et de l'information, si ce n'était pour aller dans le sens d'une démocratie plus participative ? Quel sens aurait l'ouverture de débats éthiques complexes touchant à l'avenir de nos sociétés, si les règles déontologiques régulant au quotidien les relations des personnes entre-elles restaient contrôlées par les seuls professionnels ?

La citoyenneté mise ici en avant possède une double dimension : l'une d'appartenance et l'autre de participation. Réduire la citoyenneté à l'appartenance favorise l'émergence des comportements corporatistes, voire totalitaires. Une démocratie réduite à la délégation de pouvoir n'échappe pas à ce travers. Au contraire, comme le soulignait déjà Hannah Arendt, la citoyenneté

ne se situe pas sur le registre de « l'être » (celui de l'appartenance), mais sur le registre de « l'agir », (celui de la participation).

La mise en œuvre de ce souhait est complexe : peut-il exister un espace public de débat et de contrôle en rupture avec l'hégémonie des corporations ? Ou bien faut-il confier à « d'autres experts » l'élaboration des normes déontologiques ? Ne peut-on craindre alors un simple transfert de pouvoir ? La reconstitution d'une autre morale ? Et même une déresponsabilisation des professionnels ?

Ces craintes semblent fondées et posent le problème de la place des experts et de leur capacité à éclairer l'opinion, avant de l'associer à la prise

de décision. En l'état actuel, la seule structure existante indépendante des intérêts économiques et corporatistes est le Comité Consultatif National d'Éthique Pour les sciences de la vie et de la santé. Cette structure a été créée par la volonté de François Mitterrand (décret du 23 février 1983), première en Europe, mais vite imitée elle était déjà présente dans vingt-sept pays du conseil de l'Europe, en 1993 (sauf Autriche, Irlande et Islande). Sa mission a déjà éclairé le législateur pour les textes majeurs de la bioéthique. Cette mission pourrait être étendue, sous certaines réserves de fonctionnement, à la reformulation de la déontologie de l'ensemble des professions de santé, avant que celle-ci ne soit amendée et validée par la représentation nationale, puis contrôlée par des magistrats indépendants.

Mais un tel comité, même pluridisciplinaire et indépendant, ne peut se positionner comme le partenaire exclusif du législateur. Les « réserves » évoquées ci-dessus l'ont été par les membres mêmes de ce comité : il faut lire d'Axel Kahn *Et l'homme dans tout ça ?*. L'auteur y défend pour thèse que le comité d'éthique ne doit pas confisquer le débat démocratique. Il ne doit pas se positionner, dit Kahn en « sage ou grand prêtre d'une religion qui n'existe pas ». Le rôle du comité est de « préparer le débat ». Le vrai produit de son travail n'est pas « l'avis », mais l'argumentaire qui l'accompagne.

Il eut été heureux que la profession partage cette sage réserve et cette modestie dans l'élaboration de ses règles « dites déontologiques ». N'attendons pas qu'elle se dessaisisse d'une prérogative par trop avantageuse, exigeons des pouvoirs publics qu'ils imposent cette évolution.

Il serait possible dès lors que les citoyens se réapproprient les questions posées et participent au débat public, éclairant ensuite le législateur pour définir le contenu d'un code de bonne conduite concernant l'ensemble des professions de santé, dans leurs pratiques mais tout autant dans leurs relations avec les usagers et les pouvoirs publics.



CONCLUSION :

Il est bien probable qu'au terme d'une telle évolution, qui ne peut résulter que d'une prise de conscience dépassant le milieu médical lui-même, certains « piliers » du code de déontologie, relatifs aux seuls intérêts des professionnels, seraient ébranlés.

Il est probable que des dispositions existantes seraient conservées, privées des ambiguïtés d'interprétation que le pouvoir médical et l'esprit corporatiste avaient pu y introduire.

Il est probable que d'autres exigences apparaîtraient, telles que celles ayant motivé le récent décret sur le droit des patients.

Les contrôles ne pourraient bien évidemment relever que d'une juridiction commune, protectrice du citoyen et de l'intérêt général, avertie des spécificités d'exercice des professionnels de santé, sans aucune discrimination ou protection relative aux différentes modalités d'exercice.

L'enjeu d'une telle évolution est double : promouvoir la citoyenneté dans un domaine où elle n'est guère sollicitée et surtout participer à l'assainissement des relations entre usagers, professionnels de santé et pouvoirs publics.

Bibliographie :

1. Abensour Miguel – « Utopie et démocratie », in *Raison Présente* - L'utopie, 1^{er} trimestre 1997
2. Arendt Hannah - *Condition de l'homme moderne* (1961), AGORA, 1983
3. Barth Caroline, Vargas Richard – *Quand l'Ordre règne, l'Ordre des médecins en question*, Mango Document 2001
4. Chevallier Jacques – « L'Etat de droit et ses transformations- Les doctrines de l'Etat de droit », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998
5. Clair André – « Ethique : Les ambiguïtés d'un concept », in *Ethique* – La vie en question – La tentation biocratique, n° 1 Ed., Universitaires, Paris, 1991
6. Clair André - *Ethique et humanisme* – Essai sur la modernité, CERF, 1989
7. *Code de déontologie médicale* - Décret nos 95-1000 du 6 septembre 1995
8. Dubouis Louis – « L'Ordre des médecins à nouveau en question », in *Les orientations sociales du droit contemporain*, PUF 1992
9. Garapon Antoine - Pech Thierry – « L'impossible réforme de la justice, bilan d'un échec politique », in *Esprit*, juin 2000

10. Gérard Alain – « Ethique et modernité », in *Parcours*, cahiers du GREP Midi Pyrénées, n°s 19-20 1999
11. *Guide pratique d'exercice professionnel à l'usage des médecins*, Conseil National de l'Ordre, Masson, 1948
12. Hoerni Bernard - In « En Principes » -Infiniment Médecins -Les généralistes entre la science et l'humain - Revue *Autrement* (Collection Mutations, n° 161, février 1996)
13. Huet Jean – « Impératif (non) catégorique ! », in *Empan* - Questions d'Ethiques nos 36, décembre 1999
14. Jonas Hans – *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation d'aujourd'hui*, CERF Charenton le Pont, 1990
15. Kahn Axel – *Et l'homme dans tout ça ?*, NIL 2000
16. Kriegel Blandine – « L'utopie démocratique, de Francis Bacon à Georges Lucas », in *Revue des deux mondes*, avril 2000
17. Labrusse-Riou Catherine – « Les nouveaux enjeux du droit - Ethique biomédicale et droit des sciences de la vie », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998
18. Lesgards Roger – « Laïcité, spiritualité, humanisme », in *Transversales* - Science/Culture n° 61, janvier-février 2000

19. Michaud Jean – « Comités d’Ethique et Démocratie », in *Transversales - Science/Culture* n° 59, septembre Octobre 1999
20. Mongin Olivier – « La société sous l’emprise du droit - Recours accru au droit : raisons et portée », in *Cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998
21. Morin Edgar - *La méthode, les idées*, SEUIL, 1991
22. Morin Edgar, Nair Sami - *Une politique de civilisation*, Ed. Arlea, 1997
23. Moret-Bailly – *Les déontologies*, Presses Universitaires d’Aix-Marseille, 2001
24. Oppenheim-Gluckman Hélène - Garapon Antoine – « L’éthique médicale au quotidien », in *Esprit*, novembre 1992
25. Patin Marc – « Le maintien de l’ordre », in *Autrement* n° 68, mars 1985
26. Pelege Patrick – « Réflexions sur Ethique et Déontologie », in *Empan - Questions d’Ethiques* n° 36, décembre 1999
27. Regnier François - *La médecine pour ou contre les hommes*, Belfond, 1976
28. Reungoat Patrick – « Ethique et dimension politique du travail social, pour ne pas instrumentaliser l’éthique », in *Empan* n° 36, décembre 1999
29. Richaud Jacques – « Déontologie : l’UNESCO montre l’exemple », in *Panorama du médecin*, 15 janvier 1998
30. Richaud Jacques – « Déontologie médicale et citoyenneté », in *Parcours cahiers du GREP* n°s 23-24, 2001, Ed Grep Midi Pyrénées, Le comptoir du livre Toulouse
31. Richaud Jacques – « Déontologie et citoyenneté, du mythe à l’histoire sociale », in *Pratiques* n°s 14-15, 2001
32. Richaud Jacques – « Déontologie et citoyenneté, histoire d’une déontologie séquestrée », in *Pratiques* n° 16, 2001
33. Richaud Jacques – « Déontologie et citoyenneté, la déontologie face au droit », in *Pratiques* n° 17, 2002
34. Roman Joël – « Réforme et démocratie d’opinion », in *Esprit* - Le pari de la réforme, mars-avril 1999
35. Rosanvallon Pierre – *La démocratie inachevée. Histoire de la souveraineté du peuple en France*, Gallimard, 2000
36. Rousseau Dominique – « L’Etat de droit et ses transformations - L’élaboration de la loi et l’action du juge », in *Les cahiers français*, Le droit dans nos sociétés, La documentation française, octobre-décembre 1998
37. Seve Lucien - *Pour une critique de la raison bioéthique*, Odile Jacob, 1994
38. Simoncini Alain – *La santé autrement, pour une médecine des hommes libres*, Le temps des cerises Ed, 1999
39. Thomas Jean Paul – « Vingt ans après : le résidu utopique », in *Raison présente* - L’utopie, 1^{er} trimestre 1997
40. UNESCO : Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l’homme, 11 novembre 1997
41. Valadier Paul – « Déstabilisation du droit en régime démocratique », in *Projet*, mars 2000
42. Wallerstein Immanuel – *L’Utopiste, ou les choix politiques du XXI^e siècle*, Ed de l’Aube, 2000
43. Wiewiorka Michel – « L’utopie comme réenchantement de la politique », in *Revue des deux mondes*, avril 2000

Nous avons lu pour vous

Mario Pedretti, *La Figure du désobéissant en politique, Etudes des pratiques de désobéissance civile en démocratie*, ed. L'Harmattan, Paris, 2001.

Cet ouvrage de Mario Pedretti constitue une étonnante mise en abîme de la question de la norme. La désobéissance civile implique en effet un rapport à la norme redoutablement complexe, puisqu'elle ne transgresse la norme sociale qu'au nom même de ce qui fonde cette norme : c'est parce que le pouvoir démocratique réel est impuissant à incarner sa propre norme, que la désobéissance constitue non pas un écart, mais un rappel à la norme démocratique. La désobéissance est donc d'abord un acte de responsabilité politique.

Mais en même temps, elle est aussi vectrice d'une puissante dimension émotionnelle : transgression de la loi et rapport conflictuel à l'autorité portent nécessairement un poids affectif et passionnel. D'entrée de jeu, l'ouvrage revendique ce poids, et récuse ainsi toute disqualification de la désobéissance au nom de sa charge émotive : si l'attitude du désobéissant est bien chargée d'émotion, c'est précisément au service d'une rationalité en acte, et non à son encontre. Docteur en sciences politiques, Mario Pedretti va donc corréler dans cette recherche l'investigation sociologique et le questionnement psychologique, pour faire émerger cette figure du désobéissant.

Son étude n'a cependant rien d'une hagiographie : à aucun moment le sujet n'est héroïsé, il est tout au contraire montré dans les difficultés qu'il éprouve à assumer ses choix et à affronter la complexité de leurs enjeux. C'est pourquoi, si la désobéissance est bien une attitude singulière motivée dans l'intériorité de la conscience individuelle, elle ne peut pas pour autant être un combat solitaire. L'auteur montre comment elle a fondamentalement besoin de référent, besoin autrement dit d'une forme de socialisation : il ne peut y avoir de désobéissance civile que portée par des mouvements désobéissants, la transgression de la norme sociale ne se confortant que dans une affiliation à la norme communautaire. C'est le rôle des mouvements désobéissants, que de générer ce sentiment d'appartenance. Appartenance à la communauté, mais aussi appartenance à l'histoire de la désobéissance, inscrite dans une tradition finement explorée ici, qui trouve son origine paradoxale dans le conflit entre pouvoir temporel et pouvoir spirituel chez Thomas d'Aquin au XIII^e, passe par le Discours sur la Servitude volontaire de la Boétie au XVI^e, et croise les figures de Thoreau, Gandhi et Martin Luther King.

L'ouvrage tout entier est ainsi vrillé autour d'une dialectique centrale : celle de la relation privé/public. Engagement privé, mais qui ne trouve son poids que dans son affirmation publique. Refus politique, rationnellement réfléchi, mais dont la motivation est potentialisée par la charge émotionnelle intime que constituent la peur de l'absorption dans la masse, le rejet des puissances mortifères et le désir d'authenticité. Que ce désir d'authenticité ne soit pas socialement acceptable, c'est ce que montre l'attitude des pouvoirs politiques comme « entrepreneurs de morale » : volonté de maîtrise de la désobéissance, oscillant entre la répression et l'intégration, et ne pouvant voir dans le désobéissant que la figure répulsive du délinquant, de l'anormal ou du subversif. Tout le texte tend à montrer, et l'actualité la plus immédiate avec lui, que c'est peut-être du côté de ces « entrepreneurs de morale » qu'il faudrait pointer la plus dangereuse subversion de l'esprit démocratique. C'est-à-dire, précisément, sa perversion.

Christiane Vollaire

Marie Pezé, *Le deuxième corps*, ed. La dispute, février 2002, 12 €.

En une série de brefs récits qui semblent de petites nouvelles livrées à la littérature moderne, Marie Pezé (psychanalyste, psychosomaticienne) rapporte des cas de femmes et d'hommes consultant dans le service d'un hôpital spécialisé dans la chirurgie de la main blessée. La main qui prend, qui fait, qui caresse aussi. Au fil de ces histoires terriblement bien décryptées, elle rend limpide le lien constant du corps avec le travail et la vie intérieure consciente et inconsciente. A toucher l'homme ou la femme, ces histoires de vie toucheront aussi le médecin, engagé, soignant ou guérisseur. Le texte est saisissant comme un sublime orage dévastateur. Puis d'un coup, horizon dégagé, on respire et on reprend son pas. Après avoir lu ce livre, on est devenu quelqu'un d'autre. Plus près de soi. La langue de Marie Pezé est un corps à corps avec la vie, celle d'aujourd'hui ; avec ses contraintes, sa violence et ses douleurs.

Elle est aussi une remarquable issue à la méconnaissance dévastatrice des violences d'hier. Un prétexte pour ne garder que la lumière des douleurs et ne plus avoir peur du noir.

Isabelle Charent

Erik Blondin, *Journal d'un gardien de la paix*, La fabrique ed., 2002.

Comment fait-on pour être flic de gauche, attaché au service public et aux valeurs de la République, capable de s'opposer à sa hiérarchie, au péril de sa carrière ? Erik Blondin, gardien de la paix atypique, a tenu son journal pendant une année. Il a fondé en 1995 un syndicat, le Syndicat de la police nationale (SPN) considéré aujourd'hui comme « non représentatif » par les institutions. Pour nous, médecins, membres d'un syndicat « non représentatif », ce journal entre en résonance avec nos préoccupations. Comme nous, Eric Blondin se plaint d'une notation à l'acte qui a à voir avec notre paiement à l'acte, où il faut mieux multiplier les interpellations courtes et inutiles des jeunes roumains pilleurs d'horodateurs, plutôt que de remonter des filières. Comme nous, il plaide pour des conditions de travail humaines, compatibles avec une vie de famille, respectueuses des professionnels et des usagers. Comme nous, il est en désaccord avec la façon de voir de bien de ses collègues.

Au fil des rencontres, des interpellations, des flagrant délits, des gardes à vue, il raconte ce que la société est en droit d'attendre de sa police. Seule réserve parfois, un certain angélisme face à l'insécurité ressentie devant la délinquance de certains, mais sans doute due au quartier assez tranquille où il est actuellement en poste. En tout cas, une vraie leçon de civisme.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Serdu, *Freud fiscal*, ed. Sogeles, Bruxelles, 2002, 2, rue du Follet 7540 KAN, ISBN : 2-87385-062-0

Notre ami Serdu vient de publier un recueil de dessins sur le fisc, préfacé par le ministre des finances belge de surcroît. La même vivacité pour croquer les abus de pouvoir des contrôleurs des impôts qu'il met à croquer dans cette revue ceux du pouvoir médical. Pour le gouvernement belge, et les professionnels de la fiscalité, il s'agit d'aider à instaurer avec l'administration fiscale de nouvelles relations, moins conflictuelles, qui rendent aux impôts son rôle d'outil au service du lien social.

Elisabeth Maurel-Arrighi

Courrier des lecteurs

Jardin familial

« Votre gentille insistance face à mon non-réabonnement m'amène à prendre la plume. Si je m'étais intéressé à votre revue, et abonné, c'est que son ton et bien plus encore ses thèmes, ses orientations vers l'être humain me séduisent... un sentiment de difficulté à « entrer dans votre famille » un peu fermée, autour des mêmes signatures, du même style, d'un jardin familial où l'on fait pousser des légumes identiques et renouvelés sans engrais ni produit chimique, une émotion.

Ci-joint un modeste réabonnement. Cordialement. »

Jacques Blais

La CPAM, un abîme dogmatique

Je viens de lire avec délectation l'article de Martine Devries sur les polytoxicomanes et polyprescripteurs et le rôle de la CPAM (ndlr : *Pratiques* 17). Ça m'interpelle d'autant plus que je viens de me faire convoquer (recommandé et accusé de réception) par la Sécu concernant mes prescriptions de psychotropes du 1^{er} semestre 2001. Selon les analyses du médecin de la Sécu, il ressort que :

- je suis le 1^{er} prescripteur de Subutex® de la Réunion,
- je devrais orienter certains patients vers un centre méthadone (Je viens d'ouvrir de CSST en avril 2002),
- je devrais faire respecter un cadre à la prise en charge de « ces » patients qui peuvent manipuler le médecin et alimenter un marché noir,
- les patients sous méthadone doivent être suivis de façon quotidienne, (délivrance + dépistage urinaire) toute la durée de leur traitement.

Il me parle « Médicament », dose, durée, chevauchement, dangerosité, etc., je lui parle « Être humain », comportement, souffrance, plaisir, santé, maladie, réduction des risques. Il me parle travail en réseau : suivi psy qui n'est que trop rarement réalisé par exemple, je lui parle travail en réseau : travail avec pharmaciens, travailleurs sociaux, culture commune, je lui parle comité de suivi où je représente les MG et au sein duquel la Sécu est représentée : oui, mais dit-il, ce n'est pas le même service. J'ai l'impression de me trouver devant un abîme dogmatique et de me retrouver du côté du pragmatique, sans que ces deux champs ne puissent se rejoindre.

A la fin de cet entretien, il me propose de remplir un tableau, justifiant l'indication et la posologie de chaque boîte ou flacon. Je me retrouve dans une dynamique focalisée sur le produit et rien que le produit, qui n'a rien à envier à certains des patients que je suis et qui sont réduits à tourner en « ronds » ou en « cachetons ». Bref, ce tableau et ces petites cases, je ne peux pas le remplir, je ne peux pas y parler de l'« Être humain ».

Bref, je sors de cet entretien, partagé entre le fou rire et la colère, et pense que ni l'une ni l'autre de ces attitudes ne convient. Avez-vous déjà été confrontés à ce genre de situation absurdes ? Mon sentiment est, comme le souligne Martine Devries, que ces outils peuvent servir à soigner, et c'est un objectif vers lequel je souhaiterais tendre. Avez-vous des recettes, des stratégies, des expériences ?

Patrice Hemery

Nous tenons à remercier ici les principales librairies qui, en France, mais aussi en Belgique et en Suisse francophone, soutiennent, en le diffusant, *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*. La revue est

À PARIS

- FNAC FORUM, 1 rue Pierre Lescot, 75001
- COMPAGNIE CLUNY-SORBONNE, 58 rue des Écoles, 75005
- L'HARMATTAN, 16 rue des Écoles, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 2 rue Édouard Quenu, 75005
- L'ARBRE À LETTRES, 14, Rue Boulard, 75014
- LA BOUCHERIE, 76 rue Monge, 75005
- THIERRY GARNIER, 41 rue de Vaugirard, 75006
- FNAC MONTPARNASSE, 136 rue de Rennes, 75006
- LIBRAIRIE LIBRALIRE, 116 rue Saint-Maur, 75011
- LA BRÈCHE PARIS, 27 rue Taine, 75012
- LA CEDILLE PARIS, 33 rue des Volontaires, 75015
- LE DIVAN, 203 rue de la Convention, 75015
- AUX AMATEURS DE LIVRES, 62 avenue de Suffren, 75015
- FNAC ÉTOILE II, 13-17 rue Bayen, 75017
- L'ATELIER 1, 2bis rue du Jourdain, 75020

EN RÉGION PARISIENNE

- ENVIE DE LIRE, 16 rue Gabriel Péri, 94200 Ivry-sur-Seine
- GIBERT JOSEPH, Parc des Anoues, rue Berthie Albrecht, 94784 Vitry-sur-Seine
- PRÉAMBULE, 22 rue Jean Jaurès, 93200 Saint-Denis
- LE VERGER DES MUSES, Centre commercial « Art de vivre », 91100 Corbeil Essonnes
- LE ROI LIRE, 4 rue Florian, 92330 Sceaux
- AU GRILLON, 69 rue Maurice Thorez, 92000 Nanterre
- MILLEPAGES, 133 rue de Fontenay, 93300 Vincennes
- LIBRAIRIE CHRONIQUES, 8 rue Guichard, 94230 Cachan
- LIBRAIRIE MONACO, 74 avenue du Général de Gaulle, 94160 Saint-Mandé
- LE BRUIT DES MOTS, 11, place du marché, 77100, Meaux

EN PROVINCE NORD

- FNAC, 20 rue Saint-Nicolas, 59041 Lille
- LIBRAIRIE MARTELLE, 3 rue des Vergeaux, 80005 Amiens
- LES LISIÈRES, 33 Grand Place, 59100 Roubaix
- LE FURET DU NORD, B.P. 359, 59463 Lomme

- LIBRAIRIE PRIVAT BRUNET, 21 rue Gambetta, 62000 Arras

EST

- LIBRAIRIE KLÉBER, 1 rue des Francs-Bourgeois, 67000 Strasbourg
- FNAC, La Maison Rouge, 22-24 Place Kléber, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE DES FACULTÉS, 12 rue de Rome, 67000 Strasbourg
- LIBRAIRIE BROGLIE, 23 place Broglie, 67000 Strasbourg
- AGENCE DE LA PRESSE/HALL DU LIVRE, 38, Rue Saint-Dizier, 54001 Nancy
- LA PROCURE LE VENT, 30 rue Gambetta, 54000, Nancy
- FNAC, Espace Drouet d'Erlon, 51722 Reims
- LIBRAIRIE GUERLIN-MARTIN, 70 et 82 place Drouet d'Erlon, 51058 Reims
- LA PROCURE LARGERON, 13 rue Carnot, 51074 Reims
- ALSATIA FORUM MONTBÉLIARD, Centre commercial des Alliés, 25200 Montbéliard
- MAJUSCULE CAMPONOV, 50 grande rue, 25013 Besançon

NORD-OUEST

- FNAC RENNES, Centre Colombia, 35000 Rennes
- FORUM DU LIVRE, 5 quai Lamartine, 35000 Rennes
- LES NOURRITURES TERRESTRES, 19 rue Hoche, 35000 Rennes
- FNAC NANTES, Centre Commercial Bourse, place du Commerce, 35000 Nantes
- VENT D'OUEST, 5 place Bon Pasteur, 44000 Nantes
- SAS LIBRAIRIE DIALOGUES, Forum Roull, 29200 Brest
- LA NUIT BLEU MARINE, 32 place des otages, 29600 Morlaix
- MAJUSCULE GAUTHIER, 34 Grande rue, 61000 Alençon
- AU BROUILLON DE CULTURE, 29 rue Saint-Sauveur, 14000 Caen

diffusée, en principe, dans toutes les librairies. Si vous ne la trouvez pas, néanmoins, chez votre libraire habituel, n'hésitez pas à la commander (auprès de nous).

CENTRE

- FNAC, Centre Le Mail, 5 rue de la République, 10000, Troyes
- LA BOITE À LIVRES, 19 rue Nationale, 37000 Tours
- LES TEMPS MODERNES, 50 rue de Recouvrance, 45000, Orléans
- LIBRAIRIE CONTACT, 3 rue Lenepveu, 49100, Angers
- LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 17 rue de la Liberté, 21000 Dijon
- ANECDOTES LIBRAIRIE DU CONSULAT, 19 rue du Consulat, 87000 Limoges
- LES VOLCANS d'Auvergne, 80 bd. François Mitterrand, 63008, Clermont-Ferrand

RHÔNE-ALPES

- LIBRAIRIE FLAMMARION BELLECOUR, 74 route de la gare, 69630 Chaponost
- FNAC PRESQU'ÎLE, 85 rue de la République, 69002 Lyon
- LA GRYFFE, 5 rue Sébastien Gryphe, 69007 Lyon
- DECITRE108-JUNIOR, 6 Place Bellecour, 69002 Lyon
- DECITRE 104 COLLECTIVITÉS, 6 place Bellecour, 69002 Lyon
- LE SQUARE/LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ, 2 place du docteur Léon Martin, 38000 Grenoble
- FNAC, 4 rue Félix Poulat, 38001 Grenoble
- LIBRAIRIE ARTHAUD GRENETTE SARION, 8 avenue Victor Hugo, 38130 Echirolles
- LIBRAIRIE J.-J. ROUSSEAU, 175 rue Croix d'Or, 73000, Chambéry
- FNAC, Centre commercial courrier, 65 rue Carnot, 74000 Annecy

SUD-OUEST

- OMBRES BLANCHES, 50 rue Gambetta, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE PRIVAT, 14 rue des Arts, 31000 Toulouse
- LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE UNIVERSITÉ DU MIRAIL, 5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse
- LIBRAIRIE CASTELA, 20 place du Capitole, 31000 Toulouse
- FNAC, 81 bd Carnot, 31071 Toulouse
- DE LA RENAISSANCE TOULOUSE-MIRAIL, 1 allée Marc Saint-Saens, 31036 Toulouse

- LE LIVRE EN FÊTE, 27 rue Orthabadiat, 46100 Figeac
- LA PAROLE, 24 rue Marius Audouy, 31250, Revel
- DES LIVRES ET VOUS, Association Lires, Sarrant 32120
- LA MACHINE À LIRE, 8 place du Parlement, 33000 Bordeaux
- LIBRAIRIE MOLLAT, 83-91 rue Porte Dijeaux, 33080 Bordeaux
- LIBRAIRIE PRIVAT LHERIS, 56 rue Maréchal Foch, 65000 Tarbes
- FACDIS ESPACE CULTUREL, Avenue Louis Sallenave, 64000 Pau

SUD

- LIBRAIRIE SAURAMPS MÉDICAL, 11 bd. Henri IV, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE SAURAMPS, Le Triangle, 34967 Montpellier
- LIBRAIRIE ACTES-SUD, Passage du Méjean, 43 rue du docteur Fanton, 13633 Arles
- LIBRAIRIE GOULARD, 37 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-provence
- LIBRAIRIE DE PROVENCE, 31 cours Mirabeau, 13100 Aix-en-Provence
- ARCANES, 85 grande rue, 84600 Valréas
- MARQUE PAGES, 22 avenue Hélène Boucher, 13800, Istres
- LIBRAIRIE PAIDOS, 54 cours Julien, 13006 Marseille
- VIRGIN LIVRES, 75 rue Saint Ferréol, 13251, Marseille
- FNAC, Centre Bourse, Cours Belsunce, Marseille, 13001
- FNAC, Centre Nice Étoile, 30 avenue Jean Médecin, 06000 Nice

EN SUISSE

- ÉDITIONS ZOÉ, 11 rue des Moraines, Carouge, 1227 Genève

EN BELGIQUE

- SDL CARAVELLE, 303 rue du Pré-aux-oies, 1130 Bruxelles

Pratique ou les cahiers de la médecine utopique

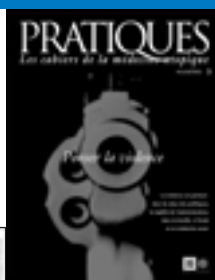
Numéros disponibles



**n° 1 : La société
du gène**



**n° 2 : La souffrance
psychique
(épuisé)**



**n° 3 : Penser la
violence**



**n° 4 : Santé
et environnement**



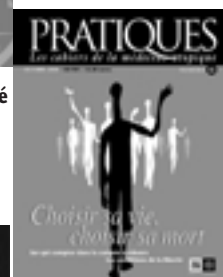
**n° 5 : La santé
au travail**



n° 6 : Sexe et médecine



**n° 7 : La responsabilité
du médecin**



**n° 8 : La santé
n'est pas à vendre**



n° 9 : L'hôpital en crise



**n° 10 :
Folle psychiatrie**



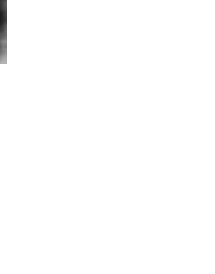
**n° 11 : Choisir sa vie,
choisir sa mort**



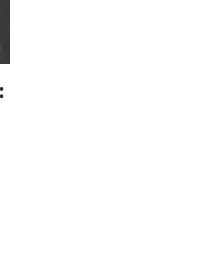
**n° 12 : L'information
et le patient**



**n° 13 : La médecine
et l'argent**



**n° 14-15 : Profession :
infirmière**



**n° 16 : Les émotions
dans le soin**

**n° 17 : des remèdes
pour la Sécu**

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire

- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

prochain numéro : n° 19 : Vieillir autrement ?

A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous réconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

Pratiques a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

Pratiques, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ Abonnement un an | 42,70 euros |
| ☐ Abonnement deux ans | 76,20 euros |
| ☐ Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 30,50 euros |
| ☐ Abonnement couplé médecin/salle
d'attente un an (envoi d'affichettes de
promotion compris) | 76,20 euros |
| ☐ Commande à l'unité
(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :
– nombre d'exemplaires :
– intitulé du numéro : | 13,70 euros/n° |
| ☐ Commande à l'unité numéro
double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros |

nom _____

prénom _____

adresse _____

téléphone _____

fax _____

e-mail _____

profession _____

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

PRATIQUES n° 18

Les cahiers de la médecine utopique
Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com ;
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

Directeur de la publication : Christian Bonnaud

Rédacteur en chef : Patrice Muller

Secrétaire de rédaction : Marie-Odile Herter

Secrétariat, relations presse : Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

Responsable de diffusion : Dominique Tavé

Comité de rédaction : Geneviève Barbier ;
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Daniel
Coutant ; Martine Devries ; Monique Fontaine ;
Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ;
Philippe Lorrain ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth

Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ;
Anne-Marie Paboïs ; Elisabeth Péride ; Anne
Perraut Soliveres ; Bernard Senet. Martine
Toulet

Correspondants : Geneviève Busson ; Laurent
Dianoux ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;
Hugues Moussy ; Monique Sicard ; Marc Zaffran /
Martin Winckler.

Dessins : Serdu / Serge Duhayon

Couverture et illustration page 4 : Eloi Valat.

Imprimerie : J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41

Dépôt légal 4^e trimestre 2001
commission paritaire n° 67150A5
ISSN 1161-3726

Publié avec le concours du
Centre National du Livre

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, chapeaux et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine utopique